

# ДОГОВОР

## на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом)

город Москва

"« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г."

Регистрационный номер " \_\_\_\_\_ "

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_, действующей на основании доверенности № " \_\_\_\_\_ " от " \_\_\_\_\_ " г., с одной стороны, и \_\_\_\_\_ именуемый (ая) в дальнейшем Заказчик, действующий в интересах пациента \_\_\_\_\_, с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона» заключили настоящий договор на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом) (далее – договор) о нижеследующем.

### 1. Общие положения

1.1. Понятия, использующиеся в настоящем договоре:

**Медицинская услуга** - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение;

**Платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые исполнителем на возмездной основе за счет личных средств заказчика/пациента (потребителя) в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;

**Исполнитель** - медицинская организация государственной системы здравоохранения - ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», оказывающая медицинские услуги потребителю на возмездной основе, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг (понятие «Исполнитель» применяется также в значении «Медицинская организация», установленном Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон 323-ФЗ);

**Пациент** - физическое лицо, получающее платные медицинские услуги у исполнителя в соответствии с заключенным договором на оказание платных медицинских услуг (понятие «Пациент» применяется также в значении понятия «Потребитель», установленном Законом Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» (далее – Закон о защите прав потребителей);

**Законный представитель пациента** - представитель несовершеннолетнего гражданина или гражданина, признанного недееспособными или ограниченным в дееспособности, родители, усыновители, опекуны, попечители, иные лица на основании предоставленного им федеральным законом права представлять интересы пациента.

В рамках настоящего договора понятия «Пациент» и «Законный представитель

пациента» используются в объединенном понятии «Пациент».

**Заказчик** - физическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги, либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг в пользу пациента

**Медицинский работник** - физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает у исполнителя и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности;

**Лечащий врач** - врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения.

1.2. До заключения настоящего договора заказчику/пациенту предоставлена в полной и доступной к пониманию форме следующая информация:

1.2.1. О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа).

1.2.1.1. Сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой.

1.2.2. О методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

1.2.3. О порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

1.2.4. О медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

1.2.5. О действующих льготах для отдельных категорий граждан;

1.2.6. Порядок и условия выдачи пациенту после исполнения договора исполнителем медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы;

1.3. Пациент уведомлен, о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Законом 323-ФЗ обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях. В случае несоблюдения пациентом указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, качество предоставляемой платной медицинской услуги

может быть снижено, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

1.4. Пациент, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дает добровольное согласие на оказание медицинских услуг на возмездной основе.

## **2. Предмет договора**

2.1. В рамках настоящего договора исполнитель, действуя с добровольного согласия пациента, оказывает пациенту платные медицинские услуги в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством Российской Федерации об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения настоящего договора (далее - Прейскурант), а заказчик/пациент оплачивает платные медицинские услуги и принимает оказанные услуги по акту сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт).

2.1.1. Стоимость, сроки оказания и перечень платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору пациенту, представлены в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего договора (далее – Перечень услуг).

2.2. Платные медицинские услуги оказываются исполнителем на основании действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности от 2 октября 2020 г. № Л041-01137-77/00572907 (далее - лицензия), выданной лицензирующим органом – Департамент здравоохранения города Москвы (город Москва, Оружейный переулок, дом 43, строение 1). Срок действия лицензии – бессрочная.

## **3. Порядок расчетов**

3.1. Оплата медицинских услуг, указанных в Перечне услуг, осуществляется заказчиком/пациентом до начала получения платных медицинских услуг, и не позднее 1 (Одного) рабочего дня с даты заключения настоящего договора.

3.2. Оплата осуществляется в российских рублях в порядке 100% (Сто процентов) предоплаты от общей стоимости платных медицинских услуг указанной в Перечне. Стоимость платных медицинских услуг не облагается НДС в соответствии с подпунктом 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса Российской Федерации.

3.3. Оплата осуществляется путем перечисления денежных средств на банковский счет исполнителя по реквизитам указанным в разделе 9 настоящего договора или путем оплаты платежной банковской картой или устройством поддерживающим систему NFC через POS-терминал (кассовый терминал эквайринга) исполнителя.

3.3.1. При осуществлении оплаты путем перечисления денежных средств на банковский счет исполнителя по реквизитам указанным в договоре в назначении платежа необходимо указать:

*Оплата по договору оказания платных медицинских услуг от \_\_ № \_\_ (указать дату и номер настоящего договора).*

3.4. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на банковский счет исполнителя.

3.5. В случае увеличения объема оказания платных медицинских услуг стороны заключают соответствующее дополнительное соглашение, при этом заказчик/пациент обязуется оплатить дополнительные платные медицинские услуги в порядке и сроки указанные в пункте 3.1. настоящего договора или в иные сроки, указанные в соответствующем дополнительном соглашении к настоящему договору.

3.6. При уменьшении объемом предоставления платных медицинских услуг стороны заключают соответствующее дополнительное соглашение к настоящему договору, при этом исполнитель осуществляет возврат стоимости платных медицинских услуг исключенных из Перечня, в связи с уменьшением объемов.

3.7. После заключения настоящего договора, в случае отказа пациента от получения платных медицинских услуг, договор расторгается, при этом исполнитель осуществляет возврат стоимости платных медицинских услуг за вычетом стоимости фактически оказанных платных медицинских услуг и понесенных расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему договору. В таком случае стороны подписывают соответствующий акт сдачи-приемки оказанных услуг в объеме фактически оказанных исполнителем, по форме приложения 4 к настоящему договору.

3.8. В случае если по каким-либо причинам, не зависящих от исполнителя, объем оказываемых пациенту платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором, сократился, либо оказание платных медицинских услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения стало невозможным, с заказчика/пациента удерживается сумма за оказанные платные медицинские услуги, а также фактически понесенные исполнителем расходы. Остаток суммы от общей стоимости оказываемых в рамках настоящего договора платных медицинских услуг возвращается заказчику/пациенту.

3.8. В случаях предусмотренных пунктами 3.6.- 3.8. настоящего договора, возврат осуществляется исполнителем в российских рублях по заявлению заказчика/пациента.

#### **4. Порядок оказания и приемки платных медицинских услуг**

4.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги пациенту в соответствии с Перечнем услуг по адресу местонахождения исполнителя.

4.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию платных медицинских услуг пациенту не позднее 5 (Пяти) рабочих дней с момента исполнения заказчиком/пациентом обязанности, предусмотренной пунктом 3.1. настоящего договора или иного срока, согласованного сторонами в Перечне услуг.

4.3. По факту оказания платных медицинских услуг исполнитель предоставляет заказчику/пациенту акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт) как за весь объем оказанных платных медицинских услуг так и за часть фактически оказанных услуг (на усмотрение исполнителя), о чем исполнитель уведомляет заказчика/пациента любым предусмотренным настоящим договором способом.

4.4. Заказчик/пациент, в срок не позднее 5 (Пяти) рабочих дней с даты уведомления исполнителем о необходимости подписать Акт обязан явиться к исполнителю в рабочее

время по адресу местонахождения исполнителя для его подписания или предоставить подписанный экземпляр Акта способом предусмотренным разделом 8 настоящего договора.

4.5. В случае наличия замечаний к оказанным исполнителем платных медицинских услуг, заказчик/пациент в срок, не позднее 5 (Пяти) рабочих дней с даты уведомления исполнителем о необходимости подписать Акт обязан предоставить мотивированный отказ от подписания Акта.

4.5. Услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества, без замечаний со стороны заказчика/пациента, с даты подписания сторонами Акта.

4.6. В случае если в сроки, указанные в пунктах 4.4. и 4.5. настоящего договора, исполнителю заказчиком/пациентом не передан подписанный с его стороны Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные исполнителем платные медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми заказчиком/пациентом без каких-либо замечаний. В таком случае, подписанный исполнителем Акт считается актом подписанным обеими сторонами.

4.7. Исполнитель вправе отказать пациенту в платных медицинских услугах в случаях:

4.7.1. Систематического, то есть не менее 2 (Двух) раз, нарушения пациентом назначенного исполнителем режима лечения.

4.7.2. Однократного нарушения пациентом правил поведения, режима работы, правил внутреннего распорядка, установленных исполнителем для посетителей (пациентов).

4.7.3. Выявления у пациента заболеваний, лечение которых не может осуществляться исполнителем, либо должно осуществляться в специализированном медицинском учреждении.

4.7.4. Отсутствия технических и (или) организационных возможностей оказания конкретных видов платных медицинских услуг, в том числе в случае обнаружения технических неисправностей медицинского оборудования. В таком случае, по письменному соглашению сторон, предоставление платных медицинских услуг может быть приостановлено на срок, указанный в соответствующем дополнительном соглашении к настоящему договору.

## **5. Права и обязанности сторон**

5.1. Права пациента:

5.1.1. Выбирать лечащего врача в случае его согласия.

5.1.2. Требовать от исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего договора.

5.1.3. Отказываться полностью или от части платных медицинских услуг и получать обратно уплаченную сумму с возмещением исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием платных медицинских услуг по настоящему договору.

5.1.4. Обращаться к исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную платную медицинскую услугу по настоящему Договору.

5.1.5. Запрашивать у исполнителя предоставления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего договора, подтверждающих исполнение обязательств.

5.1.6. Знакомиться с действующим Прейскурантом, а также с медицинской документацией, формируемой в отношении пациента.

5.1.7. Получать сведения о квалификации и сертификации работников исполнителя непосредственно оказывающих платную медицинскую услугу пациенту.

5.1.8. Запрашивать иные сведения и (или) документы, относящиеся к предмету настоящего договора.

5.1.9. На защиту сведений, составляющих врачебную тайну.

5.2. Обязанности пациента:

5.2.1. До начала оказания исполнителем платных медицинских услуг предоставить исполнителю все известные достоверные сведения, информацию и документы, необходимые для оказания своевременного и качественного оказания платных медицинских услуг, в том числе сведения, информацию и документы, которые могут повлиять на ход оказания исполнителем платных медицинских услуг.

5.2.2. До начала оказания платных медицинских услуг, в целях соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации, подписать информированное добровольное согласие на получение платных медицинских услуг по форме приложения 2 к настоящему договору, информированное согласие на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну, по форме приложения 3 к настоящему договору.

5.2.3. Своевременно и в полном объеме оплачивать платные медицинские услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

5.2.4. Своевременно принять оказанные исполнителем платные медицинские услуги по Акту в соответствии с условиями настоящего договора.

5.2.5. Неукоснительно соблюдать режим лечения назначенный исполнителем, выполнять все рекомендации, указания исполнителя, в целях обеспечения качественного предоставления платных медицинских услуг и достижения целей поставленных назначенным режимом лечения.

5.2.6. Соблюдать правила поведения, режим работы, правила внутреннего распорядка, установленные исполнителем для посетителей (пациентов).

5.2.7. Обеспечивать своевременную явку для получения платной медицинской услуги в назначенное исполнителем время.

5.2.8. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора и своевременно информировать исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего договора.

5.2.9. Возмещать все убытки и прямой действительный ущерб причиненный имуществу исполнителя и (или) имуществу третьих лиц которое находится у исполнителя.

5.2.10. Строго соблюдать правила личной и общественной гигиены, воздерживаться от курения и употребления алкоголя, не допускать употребление энергетических напитков, наркотических средств, психотропных веществ и их аналогов, новых потенциально опасных психоактивных веществ либо других одурманивающих вещества в период оказания платных медицинских услуг.

5.2.11. Не допускать нарушений общественного порядка. Своими действиями не приводить к нарушению рабочего процесса у работников исполнителя.

5.3. Права исполнителя:

5.3.1. Привлекать для оказания платных медицинских услуг третьих лиц.

5.3.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке в случаях предусмотренных пунктом 4.7. настоящего договора.

5.3.3. В одностороннем порядке изменять предварительно согласованный сторонами объем оказания платных медицинских услуг, в случае если существует угроза жизни или здоровья пациента, в том числе с увеличением стоимости оказываемых услуг. При таком случае, заказчик/пациент обязуется произвести оплату за дополнительно оказанные услуги в порядке предусмотренном пунктом 3.5. настоящего договора.

5.3.4. Запрашивать у пациента сведения, информацию и документы, необходимые для оказания своевременного и качественного оказания платных медицинских услуг, в том числе сведения, информацию и документы, которые могут повлиять на ход оказания исполнителем платных медицинских услуг.

5.3.5. Требовать от заказчика/пациента своевременного подписания и предоставления Акта или мотивированного отказа от подписания Акта.

5.4. Обязанности исполнителя:

5.4.1. Оказывать платные медицинские услуги пациенту надлежащим образом в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации и условиями настоящего договора.

5.4.2. Предоставлять достоверную и полную информацию об оказываемых платных медицинских услугах, в том числе достоверную информацию о работниках исполнителя задействованных в оказании услуг в рамках настоящего договора.

5.4.3. По запросу пациента, без взимания дополнительной платы, выдать надлежащим образом заверенные копии медицинских документов, сформированные в отношении пациента в период действия настоящего договора, в срок не превышающий 10 (Десяти) рабочих дней.

5.4.4. В случае обстоятельств, не позволяющих оказать платную медицинскую услугу конкретным работником исполнителя, независимо от вида и объема таких услуг, в том числе по причине увольнения, отпуска, командировки, временной нетрудоспособности, исполнитель имеет право осуществить замену одного работника на другого, при условии

соответствия квалификации такого работника виду оказываемых платных медицинских услуг, при согласии заказчика/пациента.

5.4.4.1. В экстренных случаях, в случаях необходимости оказания неотложной помощи, а также в случаях наличия прямой угрозы жизни и здоровью пациента, в том числе плода, в случае беременности пациента, замена одного работника исполнителя на другого, в предусмотренных пунктом 5.4.4. настоящего договора случаях, осуществляется исполнителем без предварительного получения согласия заказчика/пациента.

5.4.5. Размещать на официальном сайте исполнителя действующий Прейскурант.

## **6. Ответственность сторон**

6.1. Исполнитель несет ответственность перед пациентом за качество оказываемых платных медицинских услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение заказчиком/пациентом условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание платных медицинских услуг, в том числе за оказание платных медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления пациентом неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 5.2.1. настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 5.2.5. – 5.2.7., 5.2.8., 5.2.10. настоящего договора.

6.4. Пациент предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим договором. Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникшие вследствие биологических особенностей организма пациента, и вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований. В случаях возникновения осложнений по независящим от исполнителя причинам стороны пришли к соглашению, что стоимость оказанных платных медицинских услуг не возвращаются заказчику/пациенту.

6.5. В случае возникновения споров по вопросам, связанным с исполнением настоящего договора или в связи с ним, стороны разрешают путем переговоров.

6.6. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать 10 (Десяти) рабочих дней с момента её получения стороной.

6.7. Если споры между сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 6.5 и 5.6 настоящего договора, каждая из сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.

6.8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

6.9. В остальных случаях стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями настоящего договора.

## **7. Порядок изменения, расторжения договора**

7.1. Любые изменения и дополнения к настоящему договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями сторон, уполномоченными на подписание таких соглашений, и являются неотъемлемой частью настоящего договора.

7.2. Расторжение Договора допускается по соглашению сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

7.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий договор, должна не позднее 5 (Пяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 9 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть настоящий договор.

7.4. При расторжении настоящего договора стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по договору.

7.5. Предоставленное настоящим договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено стороной путем уведомления другой стороны об отказе от договора (исполнения договора). В таком случае настоящий договор считается расторгнутым с момента получения одной стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой стороны.

## **8. Прочие условия**

8.1. Настоящий договор вступает в силу и становится обязательным для сторон с даты его заключения.

8.2. Стороны договорились, что взаимодействие в рамках настоящего договора может осуществляться в электронной форме. В том числе путём использования электронной почты и (или) мессенджеров, при этом авторизованными признаются контактные данные, указанные в разделе 9 настоящего договора.

8.3. Стороны признают надлежащим подписание уведомлений, претензий, дополнительных соглашений, Акта, и иных документов связанных с исполнением настоящего договора или в связи с ним, путем обмена отсканированными копиями по адресу электронной почты с использованием открытых (незащищенных) каналов связи. Такие документы считаются подписанными стороной или сторонами надлежащим образом и приравниваются к документам подписанным на бумажном носителе.

8.4. Во всём, что не предусмотрено настоящим договором стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

8.5. Настоящий договор составлен в двух одинаковых экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

Приложения:

Приложение 1 – Стоимость, сроки и перечень платных медицинских услуг.

Приложение 2 – Форма информированного добровольного согласия на получение платных медицинских услуг.

Приложение 3 – Форма информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

Приложение 4 – Форма акта сдачи-приемки оказанных услуг.

## 9. Адреса, реквизиты и подписи сторон

Исполнитель	
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ») Департамент финансов г. Москвы (ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» л/с 2605441000450606) Юридический адрес: 105187, город Москва, улица Фортунатовская, дом 1 Почтовый адрес: 105187, город Москва, улица Фортунатовская, дом 1 ОГРН/ОКАТО: 1037700046801/45263588000 ИНН/КПП: 7719046800/771901001 ОКТМО: 45314000 ОКПО: 01934615 ОКВЭД: 86.10 Наименование банка: ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г.Москве г.Москва, БИК: 004525988 Единый казначейский счет (счет банка получателя) 40102810545370000003 Казначейский счёт (расчетный счет) 03224643450000007300 Телефон: +7 (495) 365-05-05, доб. 2, Электронная почта: Inoz-pmu@zdrav.mos.ru	
_____ / " _____ "	
Доверенность № " _____ " от " _____ " г.	
М.П.	
Заказчик	
_____	
Дата рождения	_____
Место рождения	_____
Паспорт (серия, №)	Серия ' _____ ' номер ' _____ '
Дата выдачи	_____
Кем выдан	_____
Адрес регистрации	_____
Телефон	_____
Электронный почтовый адрес	_____



\*В случае оказания платных медицинских услуг предусматривающую программу медицинского обслуживания, такая программа в обязательном порядке является приложением к настоящему договору. Наименование и код программы медицинского обслуживания в обязательном порядке указывается под кодом медицинской услуги.

### Подписи сторон:

Исполнитель

Заказчик

\_\_\_\_\_/ " \_\_\_\_\_ " ✓ \_\_\_\_\_ / " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_  
М.П. Подпись Ф.И.О.

### Приложение 2

к договору на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом)

от "« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г." № " \_\_\_\_\_ "

### Информированное добровольное согласие

### на получение платных медицинских услуг

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента)

\_\_\_\_\_ рождения, зарегистрированный (ая) по адресу местожительства:

\_\_\_\_\_ ,

фактически проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_ ,

на основании статей 20, 84 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Закон 323-ФЗ), добровольно, осознавая свои действия, желаю получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы» (далее - ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», учреждение соответственно) платные медицинские услуги, в связи с чем я даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», согласен (на) заключить соответствующий договор на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом) (далее – Договор).

Даю своё согласие на получение результатов лабораторных исследований, иных документов, информации и сведений, связанных с исполнением договора или в связи с ним, на мой личный адрес электронной почты: \_\_\_\_\_.

При передаче результатов лабораторных исследований, иных документов, информации и сведений, связанных с исполнением договора или в связи с ним по открытым каналам связи (электронная почта) ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности при такой передаче.

Я подтверждаю, что давая такое согласие, я действую по своей воле, в своих интересах, без какого-либо принуждения выбираю виды платных медицинских услуг, которые я хочу получить в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ».

Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», утвержденного в установленном порядке и действующим на момент дачи настоящего согласия (далее - прейскурант).

Даю своё на оплату стоимости платных медицинских услуг в соответствии с прейскурантом за счет своих личных средств и (или) иных источников дохода, не запрещенных действующим законодательством Российской Федерации.

Подтверждаю, что до заключения договора и получения платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» я проинформирован (а) в доступной для меня форме о нижеследующем:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – территориальная программа) как в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», так и в других медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы;- о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных [частью 9 статьи 20](#) Закона 323-РФ.

- о порядке оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;

- о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);

- о действующих льготах для отдельных категорий граждан.

Подтверждаю, что мне предоставлена вся необходимая информация об учреждении, в том числе, о режиме работы учреждения, графике работы медицинских работников; правилах поведения в учреждении.

- о контролирующих органах, как по надзору в сфере здравоохранения, так и в сфере защиты прав потребителей (их адреса и телефоны), иная информация, предусмотренная правилами предоставления платных медицинских услуг.

- предоставлены все необходимые сведения о лицензии ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ» на осуществление медицинской деятельности.

Я ознакомлен (а) с перечнем услуг, составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией.

Я информирован (а) о целях, характере, факторах риска и возможных осложнениях при оказании платных медицинских услуг.

Я предупрежден (а), что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Получив полную информацию о возможностях и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках территориальной программы, я даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг и готов (ва) их оплатить.

Я удостоверяю, что текст настоящего информированного добровольного согласия мною прочитан, его положения мне понятны, я даю свое согласие на получение и оплату платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ», и на заключение договора.

✓

---

(фамилия, имя, отчество пациента, подпись)

Подтверждаю, что я довел (а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы в соответствии с территориальной программой

---

(наименование должности работника, наименование структурного подразделения, фамилия, имя, отчество, подпись)

Разрешаю, в случае необходимости, предоставить информацию о моем диагнозе, степени тяжести и характере моего заболевания моим родственникам, законным представителям, гражданам, указанным ниже:

1. \_\_\_\_\_,

2. \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество, контактный телефон, иная контактная информация)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество пациента, подпись)

### Приложение 3

к договору на оказание платных медицинских  
услуг (с физическим лицом)

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г." № " \_\_\_\_\_ "

### **Информированное согласие**

**на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений,  
составляющих врачебную тайну**

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента)

\_\_\_\_\_ рождения, зарегистрированный (ая) по адресу местожительства:

\_\_\_\_\_ фактически проживающий (ая) по адресу \_\_\_\_\_,

документ, удостоверяющий личность паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,

выдан: \_\_\_\_\_,

(наименование документа, серия, номер, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

СНИЛС \_\_\_\_\_

(заполняется при наличии у субъекта персональных данных сведений о СНИЛС)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах

охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие на обработку Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени Ф.И. Иноземцева Департамента здравоохранения города Москвы», расположенным по адресу местонахождения: город Москва, улица Фортунатовская, дом 1 (далее Оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверяющего личность), реквизиты полиса ОМС, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка (при такой необходимости) при условии, что их обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом), медицинской помощи по программе ОМС.

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам:

Работодатель	_____
Супруг (а)	_____
Мать	_____
Отец	_____
Сын	_____
Дочь	_____
Иные лица	_____

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

✓

\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество пациента, подпись)

Дата

\_\_\_\_\_

Пациент подписал настоящее согласие в моем присутствии:

\_\_\_\_\_

(наименование должности работника, наименование структурного подразделения, фамилия, имя, отчество, подпись)

Дата

\_\_\_\_\_