

город Москва

_____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»), свидетельство о присвоении ОГРН 1037739400280 серия 77 № 007376532 от 04.02.2003г., выданное Управлением МНС России по г. Москве, именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Кабуловой Анжели Анатольевны, действующей на основании Устава и Гражданин

действующий в интересах несовершеннолетнего

адрес регистрации

именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, вместе именуемые Стороны заключили настоящий Договор на оказание медицинских услуг (далее-Договор) о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательства оказать Пациенту платную квалифицированную медицинскую помощь (далее – Услуги), а Пациент обязуется оплатить Услуги в порядке и на условиях настоящего Договора.

1.2. Услуги по настоящему Договору оказываются Исполнителем в качестве платной медицинской помощи за счет личных средств Пациента. Пациент уведомлен Исполнителем о возможности получить Услуги на бесплатной основе, о чем засвидетельствовал личной подписью в заявлении и перечне медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту по настоящему Договору.

1.3. Объем Услуг, которые Исполнитель вправе и может оказать Пациенту в рамках настоящего Договора, указан в Перечне платных медицинских услуг и размере платы за услуги Исполнителя, который размещен на информационной стойке Исполнителя и интернет-сайте по адресу: www.dgp23.ru.

1.4. Объем Услуг, подлежащих оказанию Исполнителем по конкретному обращению Пациента, определяется в соответствии с обращением Пациента и оформляется в виде перечня медицинских услуг, подписываемого Пациентом, и являющегося приложением к настоящему Договору.

1.5. Право Исполнителя на оказание Услуг по настоящему Договору подтверждается лицензией на право осуществления медицинской деятельности №ЛО-77-01-016850 от 16.10.2018г., выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (127006, г.Москва, ул. Оружейный пер., д. 43, тел. +7-499-251-8300). Копия лицензии размещена на информационном стенде по месту нахождения Исполнителя и интернет сайте по адресу: www.dgp23.ru. Информация о лицензирующем органе размещена на информационном стенде по месту нахождения Исполнителя и интернет сайте по адресу: www.mosgorzdrav.ru.

1.6. Срок оказания конкретных Услуг указываются в перечне медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту.

1.7. Порядок оказания Услуг Пациенту регламентируется Порядком оказания медицинских услуг Исполнителя, стандартами оказания медицинской помощи, медицинской практикой, тактикой лечения Пациента.

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту Услуги силами квалифицированного персонала, в соответствии с пунктами 1.3., 1.4., 1.7. настоящего Договора.

2.1.3. Фиксировать оказание Услуг Пациенту в соответствующих медицинских документах установленного образца.

2.1.4. Разъяснять Пациенту необходимость проведения конкретных Услуг, в том числе для утверждения/подтверждения диагноза, лечения заболевания пациента. При необходимости осуществления непрофильных для Исполнителя медицинских услуг, выдать Пациенту соответствующие рекомендации об их проведении.

2.1.5. По факту оказания Услуг, выдать пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие его состояния здоровья до и после получения платных медицинских услуг.

2.1.6. В любой иной период после оказания Услуг по письменному заявлению Пациента выдать Пациенту медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов) установленного образца, свидетельствующие об оказании Услуг и их результатах, за исключением подлинников документов или подлинников результатов исследований/обследований, которые подлежат хранению в лечебных учреждениях. Срок подготовки и предоставления указанных документов и информации – в течение 3-х рабочих дней с даты получения Исполнителем письменного заявления Пациента.

2.1.7. По письменному заявлению Пациента выдать Пациенту комплект документов, необходимых, для получения Пациентом социального налогового вычета. Срок подготовки и предоставление указанных документов и информации – в течение 3 рабочих дней с даты получения Исполнителем письменного заявления Пациента.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. При выявлении обстоятельств, делающих невозможными дальнейшее оказание Услуг по настоящему Договору, либо установлении необходимости оказания медицинской помощи не соответствующей профилю Исполнителя, приостановить оказание Услуг до определения дальнейшего порядка оказания медицинской помощи Пациенту (в том числе организации перевода Пациента в профильное медицинское учреждение).

2.3. Пациент обязан:

2.3.1. Соблюдать Порядок оказания медицинских услуг, указанный в пункте 1.7 настоящего Договора.

2.3.2. Своевременно знакомиться с представляемой Исполнителем информацией о ходе оказания Услуг и подписывать требуемые для оказания Услуг и исполнения настоящего Договора документы.

2.3.3. Соблюдать выданные Исполнителем Пациенту при оказании Услуг или по факту их оказания рекомендации, в том числе по соблюдению режима лечения и необходимым последующим посещениям специалистов Исполнителя, в рамках контроля и профилактики состояния здоровья Пациента и проводимого лечения.

2.3.4. Подписать представленный Исполнителем Акт об оказании услуг, фактически оказанных Исполнителем в календарную дату обращения Пациента. В случае не подписания Пациентом Акта об оказании услуг, уполномоченное лицо Исполнителя делает соответствующую отметку на подлинном экземпляре Акта об оказании услуг, а Услуги, указанные в таком Акте об оказании услуг считаются принятыми и подлежащими оплате Пациентом.

2.4. Пациент имеет право:

2.4.1. Получать в доступной ему форме информацию о ходе оказания Услуг (о состоянии своего здоровья, методах лечения, ожидаемых результатах лечения, используемых лекарственных средствах и медицинских изделиях) по настоящему Договору. При необходимости получения информации в письменном виде, представить Исполнителю соответствующее письменное заявление. Срок подготовки письменного ответа – 3 рабочих дня с момента принятия заявлением Исполнителем.

2.4.2. Отказаться от оказания Исполнителем запланированных Услуг, оформив такой отказ в письменном виде. В этом случае Исполнитель информирует Пациента о возможных последствиях такого отказа и фиксирует такой факт в медицинской документации.

2.4.3. Досрочно отказаться от исполнения настоящего Договора и потребовать возврата внесенных в качестве предварительной оплаты денежные средства, за исключением стоимости фактически оказанных Услуг, к оказанию которых Исполнитель приступил и завершил их по причинам, не зависящим от Исполнителя.

3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Цена настоящего Договора составляет стоимость фактически оказанных Исполнителем Пациенту в рамках настоящего Договора Услуг, которая определяется согласно действующему на момент оказания конкретных Услуг Перечню платных медицинских услуг и размеру платы за услуги Исполнителя.

3.2. Цена оказанных Услуг по обращениям Пациента фиксируется в Акте об оказании услуг, составляемом после завершения оказания Услуг в отношении конкретного обращения Пациента. Объем фактически оказанных Пациенту Услуг в рамках его конкретного обращения определяется соответствующими записями в медицинской документации, сопровождающей оказание Услуг пациенту, и документами подтверждающими проведение Услуг.

3.3. Окончательная цена Договора определяется как суммарная стоимость Услуг, фактически оказанных Пациенту в период действия настоящего Договора с учетом всех обращений Пациента. Фактический объем Услуг, оказанных Исполнителем Пациенту, отражается в медицинской документации. Фактическая стоимость, оказанных Пациенту Услуг фиксируется в Актах об оказании услуг.

3.4. Оказание Услуг в рамках настоящего Договора осуществляется на условиях предоплаты полной стоимости подлежащих оказанию Услуг, определенных перечнем (перечнями) медицинских услуг, подлежащих оказанию Пациенту.

3.5. Цена настоящего Договора оплачивается Пациентом в рублях путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, указанный в разделе 7 настоящего Договора.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за ненадлежащее или некачественное оказание Услуг по настоящему Договору в случае нарушения Пациентом условий п.п.2.3.1-2.3.4 настоящего Договора.

4.3. В случае подтверждения/уничтожения имущества Исполнителя (медицинское оборудование, медицинский инструментарий, медицинская мебель и иные предметы бытового обслуживания, иного имущества), Пациент возмещает Исполнителю расходы по восстановлению поврежденного/уничтоженного имущества в полном объеме. Требование Исполнителя о возмещении расходов должно быть изложено в письменной форме и передано Пациенту лично, либо путем направления заказного письма по адресу, указанному в разделе 7 настоящего Договора.

4.4. Исполнитель освобождается от ответственности за недостоверность сведений, внесенных в амбулаторную карту Пациента, в случае выноса Пациентом амбулаторной карты за пределы лечебного учреждения Исполнителя.

5. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

5.1 Любая информация о состоянии здоровья Пациента, порядке и ходе оказания Услуг, а также связанная с оказанием Услуг медицинская документация является конфиденциальной и не подлежит разглашению третьим лицам, за исключением прямо установленных действующим законодательством случаев.

5.2. Информация о лицах, которым Исполнитель вправе доводить полную информацию о состоянии здоровья Пациента, содержится в медицинской документации в виде надлежаще оформленного Пациентом добровольного информированного согласия и согласия на обработку персональных данных.

5. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания его сторонами и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием не преодолимой силы, возникшей после заключения настоящего Договора: пожар, наводнение, землетрясение, иные природные явления, а также такие обстоятельства, которые на момент заключения не могут быть спрогнозированы и в процессе исполнения не могут быть предотвращены.

6.3. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору возможны только по соглашению сторон и подлежат письменному оформлению в виде дополнительных соглашений к настоящему Договору подписанных сторонами.

6.4. Во всем, что не урегулировано настоящим Договором, стороны будут руководствоваться действующим законодательством РФ.

6.5. Все споры и разногласия возникшие в рамках исполнения настоящего Договора будут разрешаться сторонами путем переговоров, а при недостижении согласия – в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

6.6. Вся корреспонденция подлежит направлению и считается надлежаще отправленной по реквизитам, указанным в п.7 настоящего Договора. В случае изменения реквизитов Сторон, новые реквизиты считаются надлежащими только при условии внесения изменения в настоящий Договор путем оформления соответствующего дополнительного соглашения к настоящему Договору.

6.7. Настоящий Договор составлен и подписан Сторонами в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

5. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

ИСПОЛНИТЕЛЬ: ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»

Юридический адрес: 115409, г. Москва, ул. Кошкина, д. 10, кор. 1

Фактический адрес: 115409, г. Москва, ул. Кошкина, д. 10, кор. 1, 115404 г. Москва, ул. Бирюлевская, д.25,

115547, г. Москва, ул. Тимуровская, д.3, 115547, г. Москва, ул. Михневская, д.21. стр.1 Тел/факс.: (499) 320-46-84

ИНН 7724250985/ КПП 772401001 ОКТМО 45917000

ДЕПАРТАМЕНТ ФИНАНСОВ ГОРОДА Москвы (ГБУЗ «ДГП №23 ДЗМ»)

л/с 2605442000960921 КБК 0540000000131131022

в ГУ БАНКА России по ЦФО/УФК по г. Москве г. Москва

ЕКС 40102810545370000003 КС 03224643450000007300 БИК 004525988

ПАЦИЕНТ:

Ф.И.О.	0
Паспорт	
Адрес регистрации	0
Телефон:	
Подпись	

Пациент подлинный экземпляр настоящего договора на руки получил, с Порядком оказания медицинских услуг ознакомлен:

**ПЕРЕЧЕНЬ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПАЦИЕНТУ**

Исполнитель, обязуется оказать Пациенту следующие платные медицинские услуги:

Медицинская услуга		Стоимость услуги (в рублях)	Специалист / Исполнитель	Дата/Время оказания услуги	Период оказания услуги
Код услуги	Наименование услуги				
Итого к оплате		0			

Настоящий Перечень является основанием для оплаты указанных в нем Услуг.

Медицинские услуги оказываются Исполнителем в сроки, согласно записи (дата/время оказания услуги) Пациента к специалистам Пациента.

При уведомлении Пациентом специалистом Исполнителя о невозможности соблюдения срока оказания конкретной медицинской Услуги, Исполнитель и Пациент согласуют иную дату/время оказания Услуги. Уведомление должно быть осуществлено до наступления даты/ времени оказания услуги.

Неявка Пациента к специалисту Исполнителя в установленные сроки, и не уведомление Исполнителя о невозможности соблюдения срока явки, является отказом Пациента от подлежащей оказанию медицинской услуги.

Пациент в доступной форме получил информацию от сотрудников Исполнителя о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Пациент выражает свою волю и согласие на получение платной медицинской помощи в объеме платных медицинских услуг, определенных настоящим Перечнем.

Пациент в доступной форме получил информацию от сотрудников Исполнителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалистов Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой ему платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

ПАЦИЕНТ:

0	
---	--

(подпись)

_____ 20__

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

_____ 20__

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ

Я, _____ 0 _____, зарегистрированный по адресу

0

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;

- выражаю свое желание и согласие на получение платной медицинской помощи в иных условиях, чем предусмотрено указанной выше программой государственных гарантий, в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг;

- в доступной мне форме проинформирован сотрудниками ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) сотрудников ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ», в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставленной платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья или здоровья моего ребенка

0 (ФИО) _____ (подпись)

_____ 20__ г.

Согласие

на обработку персональных данных

Я, _____ 0 _____ в рамках Договора № 0

от _____ 20__

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона «О персональных данных» от 27.07.2006 года №152-ФЗ, подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ «ДГП №23 ДЗМ» (далее — Исполнитель) моих персональных данных и персональных данных моего ребенка, законным представителем которого я являюсь, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактные телефоны, данные о состоянии здоровья моего ребенка, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, — в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем медицинской помощи моему ребенку я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения моего ребенка.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными и данными моего ребенка, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные и данные моего ребенка посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных по платной медицинской помощи.

Срок хранения моих персональных данных и данных моего ребенка соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

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

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

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

В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных, Исполнитель обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Телефон: 0

Адрес: 0

Дата: _____ 20__ г.

Подпись: _____

0

АКТ
о выполнении Договора № _____ от _____ 20__ г.
о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУЗ «ДГП №23 ДЗМ»

г. Москва

_____ 20__

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №23 Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице главного врача Кабуловой А.А., действующего на основании Устава с одной

0

именуемый в дальнейшем Пациент, с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. На основании заключенного между Исполнителем и Заказчиком Договора о предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель принял обязательство предоставить следующие услуги, а Заказчик оплатить указанные услуги:

0
0
0
0

2. Исполнитель и Заказчик выполнили условия Договора в полном объеме. Претензий к качеству предоставления платных медицинских услуг не имеется

Подписи сторон:

Заказчик

Исполнитель

0