

г. Москва

дата

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская клиническая больница № 9 им. Г.Н. Сперанского Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Заведующего КДЦ Сидорова Игоря Ивановича, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Родитель (законный представитель пациента _____), именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. Предмет договора

1.1. Предметом настоящего Договора является оказание Исполнителем платных медицинских услуг согласно лицензии № ЛО-77-01-019969 от 29.05.2020 в течение срока действия настоящего Договора.

Стоимость платных медицинских услуг определяется Прейскурантом платных медицинских услуг, оказываемых в ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ» за счет личных средств граждан (далее – Прейскурант), утвержденным приказом Исполнителя и действующим на момент оказания платной медицинской услуги.

1.2. В соответствии с настоящим Договором Исполнитель обязуется оказать

Пациенту _____ года рождения (далее - «Пациент»), следующие платные медицинские услуги:

Код	Наименование	Цена (руб)	Кол-во	Стоимость (руб)

Врач - _____ Медсестра - _____

1.3. Стоимость платных медицинских услуг по Прейскуранту составляет _____.

1.4. Срок действия настоящего Договора с _____ по _____.

1.5. Заказчик при подписании настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736, перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, стоимостью и условиями их предоставления, о действующих льготах для отдельных категорий граждан и отказывается от предложенной ему альтернативной возможности получения этого вида медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий.

1.6. Заказчик, получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ними рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также о результатах проведенного лечения, дает (при необходимости) добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме (Приложение №2). Подписание настоящего Договора Заказчиком свидетельствует о его добровольном согласии на медицинское вмешательство и предоставление платных медицинских услуг.

1.7. После исполнения настоящего Договора Исполнитель выдает Заказчику медицинский документ (медицинская справка, заключение, выписка из медицинских документов), отражающий состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель имеет право:

2.1.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору.

2.2. Исполнитель обязуется:

2.2.1. Предоставить платные медицинские услуги, указанные в настоящем Договоре, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также при наличии информированного добровольного согласия Заказчика на лечебную (диагностическую) манипуляцию (процедуру) (Приложение №2) в случаях и порядке, предусмотренных законодательными и иными правовыми актами Российской Федерации.

2.2.2. Соблюдать врачебную тайну, в том числе конфиденциальность персональных данных, используемых в медицинских информационных системах.

2.2.3. Предоставлять Заказчику в понятной и доступной форме информацию, относящуюся к предмету настоящего Договора, в том числе:

- о состоянии здоровья Пациента, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;
- об используемых медицинских изделиях и лекарственных препаратах, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению;
- о ходе и порядках оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;
- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации).

2.2.4. При оказании платных медицинских услуг вести медицинскую документацию и учет в установленном порядке, представлять отчетность по видам, формам, в сроки и объеме, которые установлены уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.3. Заказчик имеет право:

2.3.1. На выбор врача и получение консультаций врачей-специалистов.

2.3.2. На получение информации о состоянии здоровья.

2.3.3. На отказ от медицинского вмешательства.

2.3.4. На возмещение вреда, причиненного здоровью Пациенту при оказании ему медицинской помощи.

2.3.5. Отказаться от исполнения настоящего Договора, оплатив Исполнителю платные медицинские услуги, оказанные до получения извещения о расторжении настоящего Договора, и возместив Исполнителю расходы, произведенные им до этого момента в целях исполнения настоящего Договора.

2.3.6. Требовать от Исполнителя надлежащего качества предоставляемой платной медицинской услуги.

2.4. Заказчик обязуется:

2.4.1. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.4.2. Подписать Акт об оказании услуг по форме Приложения №1.

- 2.4.3. Соблюдать условия настоящего Договора, бережно относиться к имуществу Исполнителя.
- 2.4.4. Точно и добросовестно выполнять рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих Пациенту платные медицинские услуги, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания платных медицинских услуг.
- 2.4.5. До оказания платной медицинской услуги сообщать все сведения, необходимые для оказания платных медицинских и иных услуг, в том числе о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях и т.п. По требованию Исполнителя предоставить медицинскую документацию, выписку из амбулаторной карты поликлиники по месту жительства.

3. Стоимость услуг и порядок расчетов

- 3.1. Оплата услуг осуществляется Заказчиком в порядке 100%-ной предоплаты до получения платных медицинских услуг путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету с использованием эквайринга.
- 3.2. После оплаты путем внесения наличных средств в кассу Заказчику выдается контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности, подтверждающий произведенную оплату оказанных платных медицинских услуг.
- 3.3. Оплата услуг по безналичному расчету подтверждается кассовым документом кредитной организации.
- 3.4. Возврат денежных средств Заказчику осуществляется в течение 30-ти календарных дней со дня оплаты на основании письменного заявления в зависимости от способа оплаты медицинских услуг (наличный либо безналичный расчет).
- 3.5. Комиссионный сбор кредитной организации за перечисление денежных средств в стоимость медицинской услуги не включается.

4. Ответственность сторон

- 4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.
- 4.2. Исполнитель несет ответственность перед Заказчиком за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.
- 4.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5. Изменение и расторжение Договора

- 5.1. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон либо в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

6. Прочие условия

- 6.1. По окончании выполнения платных медицинских услуг Стороны подписывают Акт об оказании услуг.
- 6.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из сторон.
- 6.3. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7. Адреса, реквизиты и подписи сторон

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»
 123317, Москва, Шмитовский пр-д, 29
 Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ (серия 77
 №015727947), выданное Межрайонной ИМНС России №46 по
 г. Москве
 ИНН 7703027320; КПП 770301001; ОКТМО 45380000;
 КБК 05400000000131131022
 Получатель: Департамент Финансов города Москвы
 (ГБУЗ «ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского ДЗМ»
 л/с 2605441000450510)
 Банк получателя: ГУ Банка России по ЦФО/УФК по г. Москве
 г. Москва
 Р/Сч. № 032244643450000007300
 Кор. счет 40102810545370000003, БИК 004525988

Заведующий КДЦ _____ И.И. Сидоров

ЗАКАЗЧИК

ФИО

Телефон

Адрес, гражданство

Паспортные данные

_____ (подпись)

Приложение №1 к настоящему Договору

Акт об оказании услуг

г. Москва

дата

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что платные медицинские услуги согласно Договору об оказании платных медицинских услуг от _____ № _____ оказаны полностью и в срок. Заказчик претензий по объёму, качеству и срокам оказания услуг не имеет.

Заведующий КДЦ _____ И.И. Сидоров

Заказчик _____ (_____)

Уведомление

г. Москва

дата

Настоящим Уведомлением я, **ФИО**

уведомлен(а) о наличии альтернативной возможности получения этого вида медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями предоставления и порядком оплаты платных медицинских услуг в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг.

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

Я изъявляю желание заключить договор об оказании платных медицинских услуг с ГБУЗ "ДГКБ №9 им. Г.Н.Сперанского ДЗМ".

_____ (подпись)

Понятия "Исполнитель", "Потребитель" употребляются в настоящем Уведомлении в значении, определенном в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. №736.