

Договор № \_\_\_\_\_

об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие  
медицинских противопоказаний к владению оружием

г. Москва

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гр. РФ \_\_\_\_\_

(Паспорт гражданина РФ серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи « \_\_\_ » \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ г.; зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_  
тел.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_), именуемый(ая) в  
дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ  
«ДЦ № 3 ДЗМ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля  
2020 г. № Л041-01137-77/00368124, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы  
(телефон: 8 (499) 251-83-00, адрес: 127006, город Москва, Оружейный переулок, дом 43), срок  
действия - \_\_\_\_\_ бессрочно, в \_\_\_\_\_ лице \_\_\_\_\_ администратора  
\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности  
ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения  
города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), лицензия на осуществление  
медицинской деятельности от «27» декабря 2019 г. № Л041-01137-77/00383102, выдана  
Департаментом здравоохранения города Москвы (телефон: 8 (499) 251-83-00, адрес: 127006,  
город Москва, Оружейный переулок, дом 43), срок действия - бессрочно, в лице  
администратора \_\_\_\_\_, действующего на основании  
доверенности ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от «01» марта 2022 г. № 102, выданной в  
рамках договора поручения от «28» февраля 2022 г. № 01-28.02 МНПЦ и доверенности ГБУЗ  
«ДЦ № 3 ДЗМ» от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города  
Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности  
от «15» декабря 2020 г. № Л041-01137-77/00362990, выдана Департаментом здравоохранения  
города Москвы (телефон: 8 (499) 251-83-00, адрес: 127006, город Москва, Оружейный  
переулок, дом 43), срок действия - бессрочно, в лице администратора Костюшина Наталья  
Вячеславовна, действующего на основании доверенности ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» от «28»  
февраля 2022 г. № 19/ЕО, выданной в рамках договора поручения от «28» февраля 2022 г. №  
01-28.02 ПКБ и доверенности ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» от « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,  
именуемые в дальнейшем «Исполнители», с другой стороны, совместно именуемые в  
дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора.**

**1.1.** В рамках настоящего договора Исполнители оказывают по выбору Потребителя и при  
его обращении к Исполнителям комплексную медицинскую услугу: «Медицинское  
освидетельствование с оформлением справки на право приобретения и ношения оружия с  
заключением психиатра и психиатра-нарколога».

**1.2.** Состав комплексной медицинской услуги и её стоимость согласованы Сторонами в  
приложении к настоящему договору.

**1.3.** Медицинское освидетельствование граждан на наличие медицинских противопоказаний  
к владению оружием производится по принципу «Единое окно» в соответствии со следующими  
документами:

- приказ Департамента здравоохранения города Москвы от «01» марта 2022 г. № 185 «О совершенствовании организации медицинского освидетельствования водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) и гражданских противопоказаний к владению оружием в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы» (с изменениями и дополнениями);

- постановление Правительства Российской Федерации от «19» февраля 2015 г. № 143 «Об утверждении перечня заболеваний, при наличии которых противопоказано владение оружием, и о внесении изменения в Правила оборота гражданского и служебного оружия и патронов к нему на территории Российской Федерации»;

- приказ Минздрава России от «26» ноября 2021 г. № 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов»;

- Федеральный закон от «13» декабря 1996 г. № 150-ФЗ «Об оружии»;

- Закон РФ от «02» июля 1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

- Федеральный закон от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

- Федеральный закон от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;

- Закон РФ от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

- Постановление Правительства РФ от «11» мая 2023 г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившим силу постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006»;

- договор поручения от «28» февраля 2022 г. № 01-28.02 ПКБ;

- доверенность ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» от «28» февраля 2022 г. № 19/ЕО;

- договор поручения от «28» февраля 2022 г. № 01-28.02 МНПЦ;

- доверенность ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от «01» марта 2022 г. № 102 и др.

## **2. Права и Обязанности сторон.**

### **2.1. Исполнители обязаны:**

**2.1.1.** Оказать комплексную медицинскую услугу надлежащего качества с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования, в порядке и в сроки, согласованные сторонами в настоящем договоре.

**2.1.2.** Получить от Потребителя Информированное согласие пациента на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну и Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при предоставлении платных медицинских услуг).

**2.1.3.** При оказании комплексной медицинской услуги соблюдать медицинские нормы и правила, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим.

**2.1.4.** Не разглашать сведения, отнесенные законом и настоящим договором к конфиденциальным и сведениям, отнесенным к врачебной тайне.

### **2.2. Потребитель обязан:**

**2.2.1.** Явиться в медицинское учреждение по адресу: 109125, г. Москва, Волжский бульвар, д. 9, в заявленное время для получения комплексной медицинской услуги.

**2.2.2.** Подписать, до начала предоставления комплексной медицинской услуги документы, предусмотренные п. 3.1.4 договора. Для оформления договора предоставить документ, удостоверяющий личность (паспорт, либо иной документ в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации).

**2.2.3.** Оплатить стоимость комплексной медицинской услуги в соответствии с приложением к настоящему договору.

**2.2.4.** Сообщить медицинским работникам Исполнителей до начала предоставления комплексной медицинской услуги полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и

наследственных заболеваний, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных и др.

**2.2.5.** Предоставить Исполнителям Информированное согласие пациента на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну и Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при предоставлении платных медицинских услуг).

**2.2.6.** Предоставить справки из диспансеров по месту жительства (пребывания), предшествующему месту жительства (пребывания) на территории города Москвы в случае, если регистрация по месту жительства (пребывания) в городе Москве составляет менее 5 (пяти) лет.

### **2.3. Исполнители имеют право:**

**2.3.1.** Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг в рамках настоящего договора.

**2.3.2.** Требовать от Потребителя своевременной оплаты медицинских услуг, подлежащих оказанию в рамках настоящего договора.

**2.3.3.** Отказать Потребителю в предоставлении платных медицинских услуг по договору при неисполнении Потребителем обязательств по оплате медицинских услуг, при отказе Потребителя от подписания документов, предусмотренных п. 3.1.4 договора, наличии у Потребителя противопоказаний, отказа Потребителя в предоставлении документов, предусмотренных п. 2.2.5 договора, либо в иных случаях, установленных действующим законодательством, в том числе Потребителям:

- получающим консультативную и лечебно-диагностическую помощь по поводу психиатрического расстройства, в отношении которых не установлено диспансерное наблюдение у врача-психиатра;

- в отношении которых имеются медицинские документы об установлении диагноза психического расстройства врачом-психиатром, но которые не получают медицинскую помощь в подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы медицинских организациях;

- не состоящим под амбулаторным наблюдением у врача-психиатра в системе здравоохранения города Москвы, но в отношении которых имеются сведения о фактах оказания им психиатрической помощи по поводу заболевания (подозрений на заболевание) или материалы, дающие основание предполагать наличие у них психической патологии, либо свидетельствующие об имеющихся в анамнезе эпизодах отклоняющегося от нормального и опасного поведения;

- с установленным диагнозом психического расстройства или расстройства поведения, связанного с употреблением психоактивных веществ, в отношении которых не осуществляется диспансерное наблюдение;

- по которым в ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» имеются сведения о:

- а) наличии выписного эпикриза из медицинских учреждений стационарного типа с установленным диагнозом отравления алкоголем, наркотическими средствами и другими психоактивными веществами;

- б) полученном акте об установлении состояния алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения из специализированного отделения освидетельствования на состояние опьянения;

- в) полученном акте с отказом от проведения освидетельствования на состояние опьянения из специализированного отделения освидетельствования на состояние опьянения;

- г) неустановленном диагнозе наркологического заболевания, но с выявленными признаками наркологического расстройства при проведении профилактических медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и требующие дополнительного медицинского обследования для уточнения диагноза.

Данным Потребителям комплексная медицинская услуга в рамках настоящего договора не оказывается (оплате подлежат только фактически оказанные медицинские услуги в соответствии с действующим прейскурантом Исполнителей), а сами Потребители маршрутизируются в филиал (наркологический диспансер) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» по месту жительства и (или) в филиал Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения

города Москвы» Психоневрологический диспансер № 2 по адресу; 121099, г. Москва, Смоленская пл., д. 13/21.

**2.3.4.** Отказаться от исполнения договора, если Потребитель нарушил свои обязанности, изложенные в п. 2.2 настоящего договора, при этом денежные средства возвращаются Потребителю пропорционально стоимости оказанных услуг на момент отказа от договора.

**2.3.5.** Получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнители имеют право приостановить (либо отказать в предоставлении услуг) исполнение своих обязательств по настоящему договору до представления необходимой информации. При невыполнении Пациентом рекомендаций медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, отказаться от исполнения настоящего договора.

#### **2.4. Потребитель имеет право:**

**2.4.1.** Получить комплексную медицинскую услугу надлежащего качества.

**2.4.2.** Отказаться от получения комплексной медицинской услуги в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

**2.4.3.** В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения условий договора со стороны Исполнителей по своему выбору потребовать:

- назначения нового срока оказания комплексной медицинской услуги путем заключения нового договора, либо в рамках настоящего договора;
- оказания комплексной медицинской услуги другим медицинским работником-специалистом Исполнителя;
- расторжения настоящего договора и возмещения убытков, в том числе понесенных Потребителем расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

### **3. Порядок и условия оказания услуг по договору.**

**3.1.** Комплексная медицинская услуга, указанная в п. 1 настоящего договора и согласованная сторонами в приложении к настоящему договору, оказывается:

**3.1.1.** посредством комплекса мероприятий «Единое окно», т.е. медицинское освидетельствование врачами-специалистами (включая врачей психиатров-наркологов и врачей-психиатров) и взятие биоматериала для проведения лабораторных исследований проводится на базе одного медицинского учреждения – Филиал 4 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» по адресу: 109125, г. Москва, Волжский бульвар, д. 9;

**3.1.2.** исключительно по предварительной записи посредством порталов mos.ru, emias.info, инфомат, телефону или при личном обращении в Отделение по оказанию платных медицинских услуг ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ по адресу: 109125, г. Москва, Волжский бульвар, д. 9;

**3.1.3.** обратившимся Потребителям (гражданам РФ) старше 18 (восемнадцати) лет, зарегистрированным по месту жительства (пребывания) в городе Москве, имеющим полис ОМС, не находящимся на диспансерном наблюдении в наркологическом и психоневрологическом диспансере;

**3.1.4.** при условии заключения Потребителем договора об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и подписания следующих документов:

- Информированное согласие пациента на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну (форма в приложении 2 к договору);
- Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (форма в приложении 3 к договору).

**3.2.** Время работы медицинской комиссии соответствует графику работы Филиала 4 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ». Последний временной интервал, доступный для записи Потребителю – не позднее 1,5 часов до окончания времени работы Филиала 4 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ».

**3.3.** Потребителям, включенным в Единый городской регистр больных психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ, услуга в рамках настоящего договора не оказывается, а при выявлении данной информации после заключения настоящего договора в процессе оказания комплексной

медицинской услуги, договор подлежит расторжению с возвращением Потребителю остатка стоимости услуги за вычетом стоимости фактически оказанных услуг на момент расторжения договора.

**3.4.** Медицинское освидетельствование Потребителя проводится комплексно, включает в себя определенный установленный перечень медицинских услуг (освидетельствований), оказываемых в соответствии с заключенным договором об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, и не подразумевает исключение или включение какого-либо обследования или исследования.

Медицинское освидетельствование включает следующие медицинские услуги:

- медицинский осмотр врачом-офтальмологом;
- психиатрическое освидетельствование (включая осмотр врачом-психиатром и патопсихологические (психодиагностические) исследования);
- медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом;
- химико-токсикологические исследования мочи;
- лабораторные исследования мочи для определения хронического употребления алкоголя в целях диагностики психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя;
- оформление медицинских заключений по форме № 003-О/у «Медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов» и № 002-О/у «Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием».

В случае предоставления Потребителем результата психиатрического освидетельствования (включая осмотр врачом-психиатром и патопсихологические (психодиагностические) исследования), проведенного в филиале Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы» Психоневрологический диспансер № 2 по адресу: 121009, г. Москва, Смоленская пл., д. 13/21, повторное освидетельствование об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием по принципу «Единое окно» не требуется. Стоимость медицинского освидетельствования должна быть уменьшена в соответствии с действующим прейскурантом ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» для услуг, оказываемых по принципу «Единое окно».

**3.5.** Время предоставления комплексной медицинской услуги составляет не более 90 минут с момента начала первого обследования.

Время оказания услуги может быть увеличено при технических сбоях в работе систем, опоздании Потребителя ко времени записи и т.д.).

**3.6.** В случае опоздания Потребителя ко времени записи, оказание комплексной услуги производится при наличии свободных интервалов времени в работе медицинской комиссии Исполнителей. В этом случае условие о сроке оказания услуги, предусмотренное в п. 3.5 договора, не применяется.

**3.7.** При успешном прохождении обследований, предусмотренных настоящим договором, Потребителю выдается медицинское заключение, оформленное в соответствии с требованиями Приказа Минздрава России от «26» ноября 2021 г. № 1104н «Об утверждении порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием, в том числе внеочередного, и порядка оформления медицинских заключений по его результатам, форм медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов».

**3.8.** Срок действия медицинского заключения составляет 1 (один) год со дня его выдачи.

#### **4. Стоимость комплексной медицинской услуги и порядок расчетов.**

**4.1.** Стоимость комплексной медицинской услуги, оказываемой в рамках настоящего договора, определена и согласована сторонами в приложении 1 к настоящему договору.

**4.2.** Потребитель оплачивает стоимость комплексной медицинской услуги в порядке 100 % предоплаты, в безналичном порядке, путём оплаты посредством платёжного терминала,

установленного в медицинском учреждении Исполнителя по адресу: 109125, г. Москва, Волжский бульвар, д. 9.

**4.3.** В случае неоказания, оказания комплексной медицинской услуги ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю денежные средства в течение 10 (десяти) дней с момента предъявления требования Потребителем.

**4.4.** Возврат денежных средств Потребителю осуществляется в соответствии с Законом Российской Федерации от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей» и локальными нормативными актами Исполнителя.

## **5. Порядок изменения и расторжения настоящего договора.**

**5.1.** Настоящий договор может быть расторгнут в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

**5.2.** Все изменения и дополнения к настоящему договору осуществляются путем заключения соответствующего дополнительного соглашения.

## **6. Ответственность сторон**

**6.1.** За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

**6.2.** Исполнители несут ответственность перед Потребителем в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации каждый за качество и объем услуг, оказанных каждым из Исполнителей при предоставлении Потребителю комплексной медицинской услуги, предусмотренной настоящим договором.

**6.3.** Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителю в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**6.4.** Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях если данное обстоятельство возникло по вине Потребителя при предоставлении последним неполной, либо недостоверной информации о своем здоровье.

**6.5.** Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по договору, обязана не позднее 2 (двух) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

**6.6.** Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего договора.

**6.7.** Исполнитель несет ответственность перед Потребителем 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 Потребителя.

**6.8.** Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи, разглашение сведений, составляющих врачебную тайну.

## **7.Срок действия договора, заключительные положения**

**7.1.** Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

**7.2.** Все споры по договору, разрешаются Сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**7.3.** Подписывая настоящий договор Потребитель подтверждает, что:

**7.3.1.** Ознакомлен со всеми условиями договора, условия договора Потребителю разъяснены и понятны.

**7.3.2.** Уведомлен о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего медицинскую услугу.

**7.3.3.** Проинформирован, что платные медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, оказываются исключительно по желанию, инициативе и просьбе Потребителя после предварительной оплаты указанных услуг.

**7.4.** Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении договора. Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных (в соответствии с требованиями ст.6 и Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»).

**7.5.** Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

**7.6.** Настоящий договор составлен в четырех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу: один экземпляр Потребителю и три экземпляра Исполнителем.

## 8. Подписи, адреса и реквизиты сторон

### Исполнитель:

**ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»**

109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9

ИНН 7721033735, КПП 772101001

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ

ДЦ № 3 ДЗМ, л/с 2605442000900231)

Наименование банка: ГУ Банка России по

ЦФО//УФК по г. Москве

Единый казначейский счет

(счет банка получателя)

40102810545370000003

Казначейский счет (расчетный счет)

03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 17476617

ОКТМО 45385000

Тел. 8(495)919-11-75

e-mail: [dc3@zdrav.mos.ru](mailto:dc3@zdrav.mos.ru), [EO@dc-3.ru](mailto:EO@dc-3.ru)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

### Исполнитель:

**ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»**

ИНН 7723356386, КПП 772301001

ОГРН 1057723005009

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д.

37/1

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ

«МНПЦ наркологии ДЗМ» л/с

2605441000450925)

Наименование банка: ГУ Банка России по

ЦФО//УФК по г. Москве

Казначейский счет (расчетный счет)

03224643450000007300

Единый казначейский счет (счет банка

получателя) 40102810545370000003

### Исполнитель:

**ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»**

109559, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27

ИНН 7723040720, КПП 772301001

ОГРН 1027739601449

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ

«ПКБ №13 ДЗМ»)

Наименование банка: ГУ Банка России по

ЦФО//УФК по г. Москве

Казначейский счет (расчетный счет)

03224643450000007300

Единый казначейский счет (счет банка

получателя) 40102810545370000003

БИК 004525988

ОКПО 01933811

ОКТМО 45389000000

тел. 8 (495) 350-35-80

e-mail: [pb13@zdrav.mos.ru](mailto:pb13@zdrav.mos.ru)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

### Потребитель:

**ФИО:** \_\_\_\_\_

Дата и год рождения: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Паспорт гражданина РФ серии \_\_\_\_\_,

номер \_\_\_\_\_,

выдан: \_\_\_\_\_

дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

зарегистрирован(а) по адресу:

\_\_\_\_\_  
адрес фактического проживания:

\_\_\_\_\_  
Полис ОМС \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

БИК: 004525988  
ОКПО 76569369  
ОКТМО 45395000  
Тел./факс (499) 178-35-05

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**Приложение 1**  
**к договору об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на**  
**наличие медицинских противопоказаний к владению оружием**  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**СОСТАВ**  
**медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего договора**

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

<b>Код услуги (Приказ Минздрава России от «13» октября 2017 г. № 804н)</b>	<b>Код услуги</b>	<b>Наименование услуги</b>	<b>Стоимость, руб.</b>
B01.045.009	01.37.25.	Медицинское освидетельствование с оформлением справки на право приобретения и ношения оружия с заключением психиатра и психиатра-нарколога (врач-терапевт, врач-офтальмолог, врач-психиатр, врач-психиатр-нарколог, ХТИ (моча) и лабораторные исследования мочи	5 200,00 Р

В т.ч.:

<b>Наименование услуги</b>	<b>Стоимость, руб.</b>
услуги, оказываемые ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (Медицинское (наркологическое) освидетельствование врачом-психиатром-наркологом, химико-токсикологическое исследование биологического объекта (мочи) на наличие психоактивных веществ, лабораторные исследования мочи для определения хронического употребления алкоголя в целях диагностики психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя, оформление медицинского заключения по форме 03-О/у «Медицинское заключение об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов»)	1 114,79
услуги, оказываемые ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» (Психиатрическое освидетельствование врачом-психиатром на наличие противопоказаний к владению оружием, патопсихологическое (психодиагностическое) исследование медицинским психологом на наличие противопоказаний к владению оружием)	2 244,60
услуги, оказываемые ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» (Осмотр врачом-терапевтом/врачом общей практики (ВОП), врачом-офтальмологом, оформление медицинского заключения по форме № 002-О/у «Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием»)	1 840,61

**Подписи сторон:**

**Исполнитель:**  
ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

М.П.

**Потребитель:**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Исполнитель:**  
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**Исполнитель:**  
ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /



**Приложение 2**

**к договору об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на  
наличие медицинских противопоказаний к владению оружием**  
от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

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

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г., паспорт гражданина РФ серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_, номер полиса ОМС: \_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_.

руководствуясь ст. 9, п.1 ч.2 ст. 10 Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» в целях оказания мне платных медицинских услуг по принципу «Единое окно», даю свое согласие на сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение моих персональных данных ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» (ОГРН 1027739269910, адрес: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9), ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (ОГРН 1057723005009, адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1) и ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» (ОГРН 1027739601449, адрес: 109559, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27).

Я даю согласие на автоматизированную и без применения средств автоматизации обработку следующего перечня моих персональных данных, в том числе составляющих врачебную тайну: фамилия, имя, отчество (при наличии), пол, дата рождения, адрес место регистрации/жительства, контактные телефоны, реквизиты основного документа, удостоверяющего личность (серия, номер, сведения о дате выдачи и выдавшем органе), реквизиты полиса обязательного медицинского страхования (ОМС), реквизиты полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, антропометрических и биометрических данных, факте получения услуг посредством комплекса мероприятий «Единое окно».

Я даю согласие на сбор (получение) моих персональных данных у третьих лиц (государственных органов и иных организаций) в порядке и случаях, предусмотренных Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я даю согласие на получение информации о деятельности Оператора персональных данных, органов исполнительной власти города Москвы, подведомственных им организаций, а также реализуемых мероприятий.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно до момента письменного отзыва в порядке, предусмотренном Федеральным законом от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие в порядке, установленном Федеральным законом от «27» июля 2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам (Указать ФИО и контактные данные лица): \_\_\_\_\_

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Я уведомлен, что на основании п. 2, ч. 4, ст. 13 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



**Приложение 3**

**к договору об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием**

от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

**Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при предоставлении платных медицинских услуг)**

Я, \_\_\_\_\_, дата рождения «\_\_» \_\_\_\_\_ г., паспорт гражданина РФ серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г., зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_, номер полиса ОМС: \_\_\_\_\_, тел.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_.

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, выполняемые в ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», ОГРН 1027739269910, адрес: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9 (исполнители по договору ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» (ОГРН 1027739269910, адрес: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9), ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (ОГРН 1057723005009, адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1) и ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» (ОГРН 1027739601449, адрес: 109559, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27)) рамках предоставления мне платных медицинских услуг посредством комплекса мероприятий «Единое окно»:

	Медицинское освидетельствование с оформлением справки на право приобретения и ношения оружия с заключением психиатра и психиатра-нарколога (врач-терапевт, врач-офтальмолог, врач-психиатр, врач-психиатр-нарколог, ХТИ (моча) и лабораторные исследования мочи
--	---

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы предоставления платных медицинских услуг в рамках заключенного договора, связанные с предоставлением медицинских услуг риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты предоставления платных медицинских услуг.

Мне даны полные разъяснения о характере, способах, целях, продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах медицинского (их) вмешательства, а также о том, что предстоит делать мне во время их проведения. Я извещен о необходимости соблюдения режима в процессе получения медицинских услуг. Я извещен, что несоблюдение мной рекомендаций и требований медицинского работника могут негативно сказаться на результатах предоставления услуг. Я проинформирован о необходимых обследованиях и лабораторных исследованиях, необходимых для оказания мне медицинских услуг, предусмотренных заключенным договором. Я уполномочиваю медицинских работников выполнить в отношении меня процедуру (ы) или дополнительное (ые) медицинское (ие) вмешательство (а) в соответствии с порядками и требованиями оказания мне медицинской услуги, предусмотренной договором. Мне разъяснено и понятно моё право на отказ от оказания мне медицинских услуг в порядке и на условиях, предусмотренных условиями заключенного с договора и в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. Платные медицинские услуги, лечение и медицинские вмешательства предоставляются мне исключительно по моему желанию.

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от «21» ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь

(Ф.И.О. гражданина, контактный телефон)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.



Акт

сдачи-приемки услуг по договору об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Гр. РФ \_\_\_\_\_  
(Паспорт гражданина РФ серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, дата выдачи «\_\_» \_\_\_\_\_ г.); зарегистрирован(а) по адресу: \_\_\_\_\_ тел.: \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_), именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № Л041-01137-77/00368124, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (телефон: 8 (499) 251-83-00, адрес: 127006, город Москва, Оружейный переулок, дом 43), срок действия - бессрочно, в лице администратора \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от «27» декабря 2019 г. № Л041-01137-77/00383102, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (телефон: 8 (499) 251-83-00, адрес: 127006, город Москва, Оружейный переулок, дом 43), срок действия - бессрочно, в лице администратора \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» от «01» марта 2022 г. № 102, выданной в рамках договора поручения от «28» февраля 2022 г. № 01-28.02 МНПЦ и доверенности ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), лицензия на осуществление медицинской деятельности от «15» декабря 2020 г. № Л041-01137-77/00362990, выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (телефон: 8 (499) 251-83-00, адрес: 127006, город Москва, Оружейный переулок, дом 43), срок действия - бессрочно, в лице администратора Костюшина Наталья Вячеславовна, действующего на основании доверенности ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» от «28» февраля 2022 г. № 19/ЕО, выданной в рамках договора поручения от «28» февраля 2022 г. № 01-28.02 ПКБ и доверенности ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, именуемые в дальнейшем «Исполнители», с другой стороны, совместно именуемые в дальнейшем «Стороны», составили настоящий акт сдачи-приемки услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ (далее – договор) Исполнителями, на основании обращения Потребителя, предоставлены следующие медицинские услуги:

№ п/п	Дата	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма	Исполнитель

2. Услуги, перечисленные в п. 1 настоящего Акта, предоставлены в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, а также в соответствии с условиями договора.

3. Услуги, предоставленные в рамках договора, соответствуют/не соответствуют условиям договора.

Замечания Потребителя к объему, качеству, срокам предоставления услуг:

---

4. Претензий по условиям исполнения обязательств по договору стороны не имеют/имеют.

5. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**6. Подписи Сторон:**

**От Потребителя:**

ФИО

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**От Исполнителей:**

**ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**М.П.**

**ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /