

ФОРМА**ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы», (лицензия на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № Л041-01137-77/00368124, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и

	гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,
	гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая) в интересах _____ <i>(ФИО), дата и год рождения, паспортные данные, адрес регистрации и фактического проживания, номер телефона, e-mail)</i>
	_____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ действующего на основании _____, заключающее настоящий договор в интересах «Потребителя» <i>(ФИО), дата и год рождения, паспортные данные, адрес регистрации и фактического проживания, номер телефона, e-mail)</i>

с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Оказание Потребителю (при его обращении к Исполнителю) платных медицинских услуг из Перечня платных медицинских услуг, размещенного в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru>.

1.2. Медицинские услуги оказываются при обращении Потребителя в медицинские учреждения Исполнителя (Информация об адресах медицинских учреждений исполнителя и режиме их работы размещены в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru> и доводится до сведения Потребителя при подписании настоящего договора).

1.3. Перечень, вид объём и стоимость медицинских услуг, необходимых Потребителю и оказываемых в рамках настоящего договора в период его действия, осуществляется Сторонами путем формирования и подписания Сторонами, по обращению Потребителя, листа заказа на оказание платных медицинских услуг по форме, согласованной Сторонами в приложении 3 к настоящему договору.

1.4. Медицинские услуги оказываются Потребителю в период с даты заключения настоящего договора по _____ (включительно).

2. Стоимость медицинских услуг, порядок их оплаты

2.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется исходя из стоимости всех медицинских услуг, оказанных Потребителю (при его обращении к Исполнителю) в период действия настоящего договора, конкретизированных в листах заказа на оказание платных медицинских услуг, составленных по форме приложения 3 к настоящему договору.

Стоимость медицинской услуги рассчитывается согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги (далее – прейскурант), действующему в медицинском учреждении Исполнителя на дату обращения Потребителя за получением медицинской услуги и фиксируется в листе заказа на оказание платных медицинских услуг.

2.2. Оказание медицинских услуг Потребителю осуществляется только при условии предварительной безналичной/наличной оплаты стоимости платных медицинских услуг, зафиксированной в листе заказа на оказание платных медицинских услуг. Обязательства Потребителя по оплате считаются исполненными в полном объеме после поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в порядке, сроки, предусмотренные договором и правилами оказания платных медицинских услуг. Вести учёт видов, объёмов и стоимости платных медицинских услуг, оказываемых потребителю в рамках настоящего договора.

3.1.2. Оказать платные медицинские услуги лично, без привлечения третьих лиц, а при отсутствии возможности оказания услуг в медицинском учреждении Исполнителя и необходимости привлечения третьих лиц, письменно согласовать с Потребителем возможность привлечения третьих лиц к исполнению обязательств по договору.

3.1.3. Получить от Потребителя Информированное согласие пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну и Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании платных медицинских услуг).

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

3.1.5. При необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором и не относящихся к ситуации оказания медицинских услуг по экстренным показаниям, предложить Потребителю заключить к настоящему договору соответствующее дополнительное соглашение. Оказывать дополнительные платные медицинские услуги только после заключения к договору соответствующего дополнительного соглашения.

3.1.6. По письменному запросу выдать Потребителю (законному представителю Потребителя):

- после исполнения договора медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследований, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.;

- копию настоящего договора и документов, подтверждающих оплату оказанных услуг;

- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме;

- иные документы, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.7. Предоставить потребителю (законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии здоровья Потребителя, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие.

3.1.8. Предоставить Потребителю до момента подписания настоящего договора доступную для его понимания достоверную информацию об оказываемых услугах, лицензии на осуществление медицинской деятельности, месте оказания платных медицинских услуг, режиме работы медицинских учреждений Исполнителя и медицинских работников исполнителя (квалификации, сертификации), принимающих участие в оказании платных медицинских услуг, перечне платных медицинских услуг и их стоимости, сроках и условиях их оказания.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг по договору при неисполнении Потребителем обязательств по оплате медицинских услуг, при отказе Потребителя от подписания документов, предусмотренных п. 3.1.3 договора, наличии у Потребителя противопоказаний, либо в иных случаях, установленных действующим законодательством Российской Федерации.

3.2.2. Требовать и получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить (либо отказать в оказании услуг) исполнение своих обязательств по настоящему договору до представления необходимой информации. При невыполнении Пациентом рекомендаций медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу, отказаться от исполнения настоящего договора.

3.2.3. Самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской услуги, в т.ч. и не предусмотренной настоящим договором (по экстренным показаниям).

3.2.4. При необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором и не относящихся к ситуации оказания медицинских услуг по экстренным показаниям, предложить Потребителю заключить к настоящему договору соответствующее дополнительное соглашение.

3.3. Потребитель обязан:

3.3.1. Подписать, до начала оказания услуг по договору документы, предусмотренные п. 3.1.3 договора.

3.3.2. Сообщить медицинскому работнику Исполнителя/Исполнителю до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных и др.

3.3.3. Соблюдать назначения медицинского работника Исполнителя, медицинского персонала и установленные предписания, и правила при пребывании в учреждении Исполнителя.

3.4. Потребитель имеет право:

3.4.1. Получить услугу надлежащего качества.

3.4.2. Отказаться от получения медицинской услуги в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

3.4.3. Отказаться от исполнения настоящего договора, оплатив Исполнителю фактически понесенные расходы, связанные с исполнением настоящего договора на дату его расторжения.

3.4.4. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения условий договора со стороны Исполнителя по своему выбору потребовать:

- назначения нового срока оказания платной медицинской услуги путем заключения нового договора, либо в рамках настоящего договора;

- оказания платной 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.

4. Информация о порядке оказания платных медицинских услуг

4.1. Право Исполнителя на предоставление медицинских услуг подтверждается лицензией на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № Л041-01137-77/00368124 (далее – лицензия), выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, адрес местонахождения лицензирующего органа: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +7 (495) 777-77-77, срок действия лицензии – бессрочно. Текст лицензии, а также информация о работниках Исполнителя, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, размещены в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru>. Информация о действующей лицензии ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» размещена в реестре лицензий, размещенного в сети Интернет на сайте Федеральной службы в сфере здравоохранения <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.

4.2. Наличие платных медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договора, в перечне медицинских услуг, оказываемых в рамках программы и территориальной программы обязательного медицинского страхования, не является основанием для освобождения Потребителя от оплаты медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего договора на платной основе, если

Потребитель изъявил желание получить данную медицинскую услугу именно на платной основе и проинформирован Исполнителем о возможности получить данную медицинскую услугу бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4.3. Медицинские услуги, после их оплаты, оказываются в день обращения Потребителя, либо по записи (в зависимости от вида и объёма услуги/услуг, необходимых Потребителю). Информация об оказании услуги отражается в медицинской документации Потребителя, оформляемой в соответствии с действующим законодательством медицинским работником Исполнителя. В случае отсутствия обоснованных возражений Потребителя, услуга считается оказанной надлежащим образом. Составление акта сдачи-приемки оказанных услуг не требуется, но акт может быть составлен по письменному запросу/требованию Потребителя.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае предоставления услуг ненадлежащего объема и качества, либо не в срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителя».

5.3. За достоверность предоставляемой информации о своем здоровье, четкое выполнение назначений и рекомендации медицинского работника Исполнителя, своевременную оплату платных медицинских услуг по настоящему договору.

5.4. 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 т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6. Порядок разрешения споров

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

6.2. В случае наличия у Потребителя каких-либо обращений (жалоба, претензия, пожелание, требование), связанных с исполнением настоящего договора, данные обращения подаются в письменной форме на имя главного врача ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» лично (нарочно), либо направляются почтовым отправлением по адресу: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9. Рассмотрение обращений со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» производится в порядке и сроки, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

Потребитель также вправе подать обращение в иные учреждения и органы в зависимости от характера обращения. Порядок подачи и рассмотрения такого рода обращений регламентирован нормами действующего законодательства Российской Федерации.

7. Дополнительные условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение одного года.

7.2. Подписывая настоящий договор Потребитель подтверждает, что:

7.2.1. ознакомлен со всеми его условиями договора, условия договора Потребителю разъяснены и понятны

7.2.2. уведомлен о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима/плана лечения (может снизить качество предоставляемой платной медицинской

(подпись Потребителя)

услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя)

(подпись Потребителя)

7.2.3. проинформирован Исполнителем о возможности получить медицинские услуги бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (информация располагается в свободном доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://www.mgfoms.ru>), а выбор платных медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договора, является осознанным и добровольным выбором Потребителя

(подпись Потребителя)

7.2.4. проинформирован Исполнителем о порядках и стандартах, применяемых при оказании платных медицинских услуг, медицинских работников (конкретном медработнике, его профессиональном образовании и квалификации), оказывающих платные медицинские услуги в рамках настоящего договора, о методах оказания платных медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания платных медицинских услуг

(подпись Потребителя)

7.2.5. платные медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, оказываются исключительно по желанию, инициативе и просьбе Потребителя

(подпись Потребителя)

7.2.6. уведомлен о том, что лица, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях

(подпись Потребителя)

7.3. 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 Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»).

7.4. 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).

7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному экземпляру для каждой стороны.

8. Адреса и реквизиты сторон:

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»

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

ОГРН 1027739269910

ИНН 7721033735, КПП 772101001

Банковские реквизиты:

Наименование банка: ГУ БАНКА РОССИИ по ЦФО/УФК по г. Москве

Единый казначейский счет (счет банка получателя) 40102810545370000003

Казначейский счет (расчетный счет)

03224643450000007300

Лицевой счет 2605442000900231

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 17476617
ОКТМО 45385000

_____/_____
М.П.

Заказчик (физическое лицо):

ФИО: _____
Дата и год рождения: «__» _____ г.
Паспорт гражданина РФ серии _____,
номер _____,
выдан: _____
дата выдачи «__» _____ г.
зарегистрирован(а) по адресу:

адрес фактического проживания:

Тел.: _____

Е-mail: _____

_____/_____

_____/_____

Заказчик (юридическое лицо):

ОГРН _____

ИНН _____, КПП _____

Адрес: _____

р/с _____

в _____

к/с _____

БИК _____

Тел.: _____

Е-mail: _____

_____/_____

М.П.

Информированное согласие пациента

на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну
(Форма подготовлена с использованием типовой формы согласия, утвержденной приказом Департамента здравоохранения города Москвы от «09» декабря 2019 г. № 1057 «О типовых формах информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну»)

Я, _____
Дата и год рождения: «__» _____ г.,
Зарегистрирован(ная) по адресу: _____
Адрес фактического проживания: _____
Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина _____,
Выдан: _____, **дата выдачи** _____.
СНИЛС _____ **(при наличии),**
полис ОМС (ДМС) _____ **(при наличии)**
Телефон: _____
E-mail: _____

В соответствии с требованиями ст. 9 и 10 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 ГБУЗ «ДЦ №3 ДЗМ» (ОГРН 1027739269910, ИНН/КПП 7721033735 / 772101001, адрес: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д.9) (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства, профессия/место работы (в случае оформления листка нетрудоспособности), контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (при наличии), полиса ДМС (при наличии), СНИЛС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные при условии, что обработка указанных данных 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 медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

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.

Цели обработки персональных данных: оказание мне медицинской помощи.

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

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, либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

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.

Подпись пациента/законного представителя пациента:

_____/_____/_____
(подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20____ г.

Пациент подписался в моем присутствии: _____/
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать

Информированное согласие прочитано пациенту вслух _____
(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.
Заполнено в моем присутствии:

(подпись) (ФИО, должность)

Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

(подпись) (ФИО, должность)

Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения

(указать, в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

Решение об общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) – пункты 9, 10 статьи 20 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»

Врач _____
(наименование организации)

(подпись) (ФИО)

Врач _____
(наименование организации)

(подпись) (ФИО)

Врач _____
(наименование организации)

(подпись) (ФИО)

Приложение 2
к договору на оказание платных медицинских услуг
от « ____ » _____ 20____ г. № _____

**Информированное добровольное согласие пациента
на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании
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 виды медицинских вмешательств при оказании мне со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» любых платных медицинских услуг в рамках заключенного между мной (моим законным представителем) и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» договора об оказании платных медицинских услуг от « ____ » _____ 20____ г. № _____ (далее – договор) и поименованных в листах заказа на оказание платных медицинских услуг, составленных и подписанных с моей стороны по форме приложения 3 к договору.

Я подтверждаю, что до заключения со мной договора со стороны ГБУЗ «ДЦ №3 ДЗМ», в понятной и доступной для меня форме, доведено следующее:

1. Мне разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации 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 утратившими силу Постановления Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012 г. № 1006».

2. Я информирован, что необходимым предварительным условием оказания мне платных медицинских услуг является заключение договора об оказании платных медицинских услуг, подписание, в соответствии с требованиями ст. 9 и 10 Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 20, 22 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Информированного согласия пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну и Информированного добровольного согласия пациента на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании платных медицинских услуг), подписание листа заказа на оказание платных медицинских услуг, оплата медицинских услуг, поименованных в листе заказа на оказание платных медицинских услуг.

3. Я информирован о возможности отказаться от получения платных медицинских услуг и возможности отказаться от договора об оказании платных медицинских услуг в любое время в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4. Мне разъяснено моё законное право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы, при соблюдении условий программ, а также положения данных программ.

5. Мне разъяснено право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров в случае, если такого рода услуги могут быть оказаны со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ».

6. Мне разъяснено, что платные медицинские услуги, предусмотренные заключенным между мной и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» договором, оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно

на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Я проинформирован со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» о возможности получить медицинские услуги бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (информация располагается в свободном доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://www.mgfoms.ru>).

8. Мне понятно, что отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9. Я уведомлен о том, что несоблюдение с моей стороны указаний (рекомендаций) ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

10. Я, внимательно прочитав все вышеуказанное выше, подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию об оказании мне платных медицинских услуг в рамках заключенного между мной и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» договора.

11. Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании платных медицинских услуг) я подтверждаю, что прошу ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» оказать мне платные медицинские услуги, предусмотренные договором, заключенным между мной и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и поименованных в листах заказа на оказание платных медицинских услуг.

Подпись _____ / _____ /

« ___ » _____ 20 ___ г.

Приложение 3
к договору на оказание платных медицинских услуг
от «__» _____ 20__ г. № _____

ЛИСТ ЗАКАЗА № _____
на оказание платных медицинских услуг в рамках договора об оказании платных медицинских
услуг от «__» _____ 20__ г. № _____

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

№ п/п	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Всего наименований _____ на сумму _____ Р
(_____ рублей _____ копеек)

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом)

Подписи сторон

От Исполнителя:

От Потребителя:

_____ / _____ /

_____ / _____ /

М.П.

От Заказчика (физическое лицо):

От Заказчика (юридическое лицо):

_____ / _____ /

_____ / _____ /

М.П.

Приложение 4
к договору на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__ г. № _____

Акт № _____
сдачи-приемки оказанных медицинских услуг
к договору на оказание платных медицинских услуг
от «___» _____ 20__ г. № _____

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы», (лицензия на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № Л041-01137-77/00368124, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и

	гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,
	гражданин(ка) _____, именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий(ая) в интересах _____ (ФИО), дата и год рождения, паспортные данные, адрес регистрации и фактического проживания, номер телефона, e-mail)
	_____, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____ действующего на основании _____, заключающее настоящий договор в интересах «Потребителя» (ФИО), дата и год рождения, паспортные данные, адрес регистрации и фактического проживания, номер телефона, e-mail)

составили настоящий акт сдачи-приемки медицинских услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг от «___» _____ 20__ г. № _____ (далее – договор) Исполнитель на основании обращения Потребителя за отчетный период оказал следующие медицинские услуги:

№ п/п	Дата	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма	Исполнитель
1						
2						
3						
4						
5						
6						

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

3. Оказанные услуги _____ (соответствуют/не соответствуют) условиям договора.

Замечания Потребителя к объему, качеству, срокам оказанных услуг:

_____.

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

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

От Исполнителя:

_____ / _____ /

М.П.

От Потребителя:

_____ / _____ /

От Заказчика (физическое лицо):

_____ / _____ /

От Заказчика (юридическое лицо):

_____ / _____ /

М.П.