

Договор № \_\_\_\_\_  
об оказании платных медицинских услуг

г.Москва, Зеленоград \_\_\_\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» (ОГРН 1037739064285; «Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ о юридическом лице, зарегистрированном до 1 июля 2002 г.» серия 77 № 007362427 от 13 января 2003 г., выдано Межрайонной инспекцией МНС России №39 по г. Москве; Лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-019445 от 17.01.2020г., выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. 8(499)251-83-00), именуемое в дальнейшем **Исполнитель**, в лице ответственного сотрудника - администратора \_\_\_\_\_, действующего(-ей) на основании Доверенности от \_\_\_\_\_, 2021 г. № \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, именуемая в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, вместе именуемые Стороны заключили настоящий Договор о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель по заданию Заказчика обязуется оказать лицу в интересах которого заключен настоящий договор и именуемому в дальнейшем **Потребитель**: \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, а Заказчик

обязуется оплатить платные медицинские, а так же дополнительные сопутствующие услуги, неотделимые и неразрывно связанные с получением медицинской помощи в амбулаторных или стационарных условиях (далее – Услуги), согласованные Сторонами и указанные в Реестре (-ах) услуг, являющимся (-имися) неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение(-я) к настоящему Договору), при этом Заказчик не является законным/доверенным представителем Потребителя в рамках настоящего Договора, если иное не будет доказано в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. По настоящему Договору Потребитель получает платные медицинские услуги на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, и (или) целевыми программами, в том числе:

- по желанию Заказчика,
- при самостоятельном обращении Заказчика,
- в плановом порядке, согласно режиму работы учреждения и графику работы медицинских специалистов, (а также вне графика работы медицинских специалистов, если это подразумевает выбранная Заказчиком Услуга),
- в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи,
- сверх установленного государственного задания.

1.3. Место оказания Услуг – фактическое местонахождение Исполнителя, а также в случае необходимости, в соответствии с Лицензией на осуществление медицинской деятельности – по месту нахождения его обособленных подразделений или вне подразделений Исполнителя по месту нахождения Потребителя.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Права и обязанности Исполнителя:

2.1.1. Исполнитель обязуется оказывать Услуги согласованные Сторонами в надлежащем качестве и в сроки действия настоящего Договора.

2.1.2. В случае, если при предоставлении Услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не согласованных Сторонами, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласования с Заказчиком/Потребителем, Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.3. Исполнитель имеет право по своему усмотрению привлекать соисполнителей (подрядчиков) – другие медицинские организации, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности.

2.1.4. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в получении Услуг и выписать/направить Потребителя для продолжения лечения в амбулаторных и/или в стационарных условиях в других медицинских организациях, в том числе по месту жительства, в случаях:



- несвоевременной оплаты по настоящему Договору;
- отсутствия возможностей для оказания конкретных Услуг;
- выявления у Потребителя противопоказаний к получению Услуг;
- нарушения Потребителем Правил поведения пациентов, медицинских предписаний и назначений Исполнителя, лечебно-охранительного режима медицинского учреждения с доведением информации об инциденте до сведения Заказчика.

2.1.5. По объективным причинам Исполнитель имеет право в одностороннем порядке осуществить замену медицинского работника, выбранного Потребителем/Заказчиком для оказания медицинской услуги, при условии качественного оказания услуги предоставленным Исполнителем аналогичным медицинским сотрудником равной или более высокой квалификационной категории без взимания дополнительной оплаты.

## **2.2. Права и обязанности Потребителя (Заказчика):**

2.2.1. Потребитель обязуется предоставить исчерпывающую известную ему информацию о состоянии своего здоровья и наличии возможных противопоказаний к проведению тех или иных видов медицинских вмешательств, применению лекарственных препаратов, соблюдать лечебно-охранительный режим, выполнять врачебные назначения и рекомендации, необходимые для достижения целей медицинского вмешательства и сохранения достигнутых результатов; соблюдать Правила поведения пациентов и внутреннего распорядка Исполнителя, общепринятые нормы общественного поведения; прибыть на прием в установленное время, в случае невозможности посещения специалиста заблаговременно предупредить Исполнителя; в случае ухудшении своего самочувствия немедленно информировать лечащего/дежурного врача Исполнителя.

2.2.2. Заказчик обязан оплачивать Услуги в размерах и сроки, предусмотренные настоящим Договором.

2.2.3. Заказчик обязан полностью возместить Исполнителю понесённые убытки, если Услуги не были оказаны или их оказание было прервано по вине Потребителя.

2.2.4. Потребитель (Заказчик) обязан бережно относиться к имуществу Исполнителя. В случае причинения ущерба Исполнителю вследствие утраты или порчи имущества, вызванного действиями Потребитель (Заказчик) и/или лиц его посещающих, Заказчик обязуется в течение трех календарных дней, но не позднее даты окончательного расчета по настоящему договору, возместить Исполнителю действительный нанесенный ущерб в полном объеме.

2.2.5. В период после завершения получения Услуг Потребителем и до момента окончательного расчета Сторон, Заказчик обязан принять оказанные Услуги или указать мотивированные претензии и возражения путем собственноручного заполнения (заполнения Потребителем) Акта оказанных услуг, в 2-х (двух) экземплярах для каждой из сторон.

2.2.6. Заключая настоящий договор, Заказчик делегирует Потребителю право:

- **изменения перечня и объема** предварительно рассчитанных Услуг по медицинским показаниям или по желанию Потребителя, в том числе длительности стационарного пребывания,
- письменного согласования с Исполнителем **дополнительного Реестра услуг** с указанием их перечня и объема.

2.2.7. Заказчик обязуется в полном объеме оплатить разницу в стоимости предварительно рассчитанных Услуг и фактически оказанных услуг, в случае если объем фактически оказанных услуг превысит оплаченную сумму.

2.2.8. Потребитель (Заказчик) имеет право в доступной для него форме получить имеющуюся информацию об Исполнителе (размещенную на информационных стендах, на официальном сайте исполнителя и иных информационных ресурсах), своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, включая сведения: о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

2.2.9. Потребитель (Заказчик) имеет право отказаться от получения Услуги в любое время при условии самостоятельного письменного оформления отказа и оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.2.10. Потребитель (Заказчик), имеет право предъявлять в адрес Исполнителя письменные мотивированные претензии по оказанию Услуг и/или требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением условий настоящего Договора, либо о возврате денежных средств за неоказанные Услуги или предоставление Услуг ненадлежащего качества. По соглашению Сторон возмещение убытков может быть произведено: за счет возврата денежных средств или уменьшения стоимости предоставленной Услуги, предоставления Потребителю дополнительных Услуг или Услуги надлежащего качества без оплаты.

## **3. УСЛОВИЯ, ПОРЯДОК И СРОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

3.1. Основанием для оказания Услуг является письменное информированное добровольное согласие (далее – ИДС) на получение платных медицинских услуг, заполняемое Потребителем (его законным/доверенным представителем) собственноручно и являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, а так же иные формы выражения и виды информированного добровольного согласия пациента оформленные Потребителем (его законным/доверенным представителем).

3.1.1. Подписание настоящего Договора, свидетельствует о том, что Потребитель (Заказчик) ознакомлен: со свидетельством о государственной регистрации Исполнителя, лицензией Исполнителя на осуществление



медицинской деятельности, действующим Прейскурантом Исполнителя, сведениями о квалификации и сертификации специалистов, режимом работы подразделений Исполнителя, Правилами предоставления платных медицинских услуг населению, Правилами поведения пациентов, правами и обязанностями пациента, так же с содержанием следующих документов:

- ст. 41 Конституции Российской Федерации;
- статей 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27, 80, 81, 84 Федерального закона Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ от 21 ноября 2011г.;
- Постановления Правительства Российской Федерации от 04 октября 2013г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;
- Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 02 октября 2013 г. № 944 «Об утверждении правил оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам Государственными организациями системы здравоохранения города Москвы»;
- Приказа Департамента здравоохранения г. Москвы от 14 апреля 2014 г. № 238 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 02.10.2013 г. №944»;
- Постановления Правительства Москвы от 24 декабря 2019 года № 1822-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022г».

3.1.2. Подписание настоящего Договора, свидетельствует о том, что Потребитель проинформирован о возможности получения бесплатной медицинской помощи в рамках действующей Программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и/или в рамках действующей Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Москве, и отказывается от бесплатного получения медицинской помощи, в том числе в соответствии с действующей Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, с действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Москве на условиях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, в полном объеме стандарта медицинской помощи, либо отдельных медицинских услуг, по заболеванию и/или иному основанию/причине, послужившей поводом для обращения к Исполнителю.

3.2. Перечень Услуг, предоставляемых по настоящему Договору, согласованный Сторонами, указывается в Реестре услуг, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.3. Исполнитель приступает к оказанию Услуг после получения подтверждения оплаты предварительно рассчитанной стоимости Услуг/аванса.

3.4. Оказание амбулаторных Услуг осуществляется по предварительной записи в день обращения. По согласованию Сторон дата получения Услуг может отличаться от даты обращения, факт согласования Заказчиком сроков оказания Услуг подтверждается фактом получения Услуги, независимо от даты её оплаты. Отказ от получения Услуги, подтверждается возвратом денежных средств Заказчику. Возврат денежных средств Заказчику осуществляется путем безналичного расчета в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Исполнителем заявления на возврат средств от Заказчика с указанием банковских реквизитов лицевого счета получателя.

3.5. Оказание стационарных Услуг и госпитализация осуществляется после приёма (осмотра, консультации) врачом, в плановом порядке; объём (перечень) и стоимость услуг определяются врачом профильного отделения (или специалистом договорного отдела) индивидуально с учётом стандартов медицинской помощи, схем ведения пациентов, клинических рекомендаций; в зависимости: от сложности медицинского вмешательства, затрат на медикаменты и расходное и операционное медицинское имущество, квалификации специалиста, тяжести состояния Потребителя, а так же необходимости в постороннем уходе.

3.6. В случае **увеличения объёма** предварительно рассчитанных Услуг по медицинским показаниям или по желанию Заказчика/Потребителя, в том числе длительности стационарного пребывания, Заказчик / Потребитель письменно согласовывает с Исполнителем **дополнительный Реестр услуг** с указанием их перечня и объёма. Заказчик осуществляет оплату ранее не оплаченного и согласованного Сторонами объёма Услуг, не менее чем за сутки до окончания предоплаченного срока обследования и лечения.

3.6.1. В случае отказа Заказчика от оплаты ранее не оплаченных и согласованных Сторонами Услуг, оказание Услуг осуществляется в пределах лимита внесенного аванса.

3.6.2. В случае **уменьшения объёма** оплаченных Услуг, в т.ч. досрочного завершения случая стационарного обследования и лечения, Исполнитель возвращает разницу между внесённой предоплатой и стоимостью фактически оказанных Услуг. Возврат денежных средств Заказчику осуществляется путём безналичного расчёта в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения Исполнителем заявления на возврат средств от Заказчика с указанием банковских реквизитов лицевого счета получателя.

3.6.3. После исполнения договора Сторонами, осуществляется выдача Потребителю (законному представителю Потребителя) медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг: на бумажных носителях, однократно, в одном экземпляре за законченный случай лечения (посещения, обращения), без дополнительной платы.

3.7. В случае, когда в процессе лечения состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а дополнительное медицинское вмешательство необходимо, вопрос о его проведении в интересах Пациента решается на основаниях и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.



#### 4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Приблизительная стоимость Договора составляет \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) 00 копеек и складывается из стоимости: предполагаемых медицинских и сопутствующих услуг, койко-дня, в соответствии с действующим на момент оказания Услуг Прейскурантом; дополнительного лечебного питания; затрат на медикаментозное лечение и операционное пособие (расходное (операционное) имущество, изделия медицинского назначения) и иных расходов.

**При необходимости оказания, ранее не согласованных Услуг, оказание их осуществляется с согласия Потребителя, в соответствии с разделом 2.2. настоящего договора.**

4.2. Оплата Услуг осуществляется в рублях Российской Федерации путём внесения денежных средств на расчётный счёт Исполнителя на основании Реестра услуг, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора и подлежащих оплате, в следующем порядке:

- первый платеж – предоплата (аванс) в размере \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) 00 копеек в день подписания Договора Заказчиком;
- второй и последующий платежи – не менее чем за сутки до окончания предоплаченного срока лечения и/или согласованного и фактически оказанного объёма обследования и лечения (Реестра Услуг) в размере необходимом для его продолжения.

4.3. Окончательный расчёт осуществляется не менее чем за 1 (одни) сутки до выписки Потребителя из стационара, или в день посещения лечебно-диагностических подразделений Исполнителя, при получении Услуг в амбулаторных условиях, на основании Акта оказанных услуг.

4.4. Заказчик/Потребитель обязуется подписать акт оказанных услуг представленный Исполнителем. Заказчик/Потребитель имеющий претензии/возражения по качеству полученных Услуг обязуется письменно сообщить о них Исполнителю в срок не позднее пяти рабочих дней после получения Акта оказанных услуг. При отсутствии своевременно направленных возражений Услуги указанные в Акте считаются выполненными надлежащим образом, в полном объёме и в согласованные Сторонами сроки.

4.5. Акт оказанных услуг, подписанный Сторонами, свидетельствуют о том, что указанные в нём Услуги были оказаны в надлежащем качестве, в полном объёме, с соблюдением сроков их выполнения, удовлетворяющих Заказчика/Потребителя, предусмотренных настоящим Договором.

#### 5. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует до полного исполнения ими принятых на себя обязательств или до момента расторжения договора.

#### 6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

6.1. За невыполнение или ненадлежащее выполнение своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. Исполнитель не несёт ответственности в случае замены медицинского работника, выбранного Потребителем/Заказчиком для оказания медицинской услуги, при условии качественного оказания услуги предоставленным Исполнителем аналогичным медицинским сотрудником равной или более высокой квалификационной категории без взимания дополнительной оплаты.

6.3. Исполнитель не несёт ответственности за снижение качества предоставляемых медицинских услуг или невозможность их оказания в срок, отсутствие результата (несоответствие ожидаемого результата достигнутому), неблагоприятного исхода проводимого лечения, возникновение осложнений, по причинам и обстоятельствам, не зависящим от Исполнителя:

- позднее обращение;
- несоблюдение режима труда и отдыха и рекомендаций врача, в т.ч. по медикаментозному лечению, диете;
- при отказе от госпитализации и медицинского вмешательства;
- индивидуальных физиологических особенностей организма;
- тяжести основного и сопутствующих заболеваний и ожидаемого прогностически неблагоприятного течения заболевания;
- появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз;
- несовершенства медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий;
- а так же при возможных неблагоприятных для Потребителя последствий выполнения его указаний о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг);
- непригодности и недоброкачественности предоставляемых Потребителем (Заказчиком) медикаментов и предметов медицинского назначения при оказании Услуг с применением материалов Потребителя (Заказчика).

#### 7. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

7.1. Заказчик обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Пациента за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7.2. С согласия Пациента или его законного/доверенного представителя допускается передача сведений, составляющих персональные данные и/или врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

7.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия Потребителя или его законного/доверенного представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю, по запросу следственных органов и прокуратуры, а так же в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## 8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

8.1. Настоящий договор может быть расторгнут по инициативе каждой из сторон в соответствии с п. 2.1.4., п. 2.2.3., п. 3.6.1. настоящего Договора или при иных условиях предусмотренных законодательством Российской Федерации.

## 9. РАССМОТРЕНИЕ СПОРОВ

9.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, разрешаются Сторонами в соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.2. Сторона имеющая претензии/возражения по настоящему Договору обязуется направить претензионное письмо доступным способом по адресу по местонахождению сторон, указанных в п.11 настоящего Договора. В случае направления претензионных писем Сторонами юридическую силу имеют оригиналы писем доставленные нарочным либо заказным почтовым отправлением по местонахождению сторон, указанных в п.11 настоящего Договора.

9.3. Претензионный порядок досудебного урегулирования споров по настоящему Договору является для Сторон обязательным.

## 10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору будут иметь силу и являться его неотъемлемой частью, если они составлены в письменной форме и подписаны Сторонами.

10.2. Приложения к настоящему договору являются его неотъемлемой частью и изменяются дополнительными соглашениями.

10.3. Настоящий Договор составлен в двух/трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Заказчика/Потребителя и Исполнителя.

## 11. РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
города Москвы «Городская клиническая больница имени  
М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения  
города Москвы»  
Адрес: 124489, Москва г, Зеленоград г, Каштановая аллея,  
д.2, стр.1  
КБК 00000000000000000137  
ИНН 7735069192  
КПП 773501001  
ОГРН 1037739064285  
ОКТМО 45377000  
Департамент финансов г. Москвы (ГБУЗ «ГКБ им. М.П.  
Кончаловского ДЗМ» л/с 2605441000720127)  
р/с №40601810245253000002 ГУ Банка России по ЦФО г.  
Москва 35  
БИК 044525000  
Тел/факс: (499) 735-64-29 / (499) 735-64-29  
E-mail: gkb-konchalovskogo@zdrav.mos.ru  
Ответственный сотрудник ГБУЗ «ГКБ им. М.П.  
Кончаловского ДЗМ»

### ЗАКАЗЧИК

Адрес: \_\_\_\_\_  
Паспорт: \_\_\_\_\_  
Серия: \_\_\_\_\_  
№: \_\_\_\_\_  
Выдан: \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
Личная подпись \_\_\_\_\_

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



**РЕЕСТР УСЛУГ № 1**

Приложение к Договору об оказании платных медицинских услуг № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Заказчик: \_\_\_\_\_

КОД УСЛУГИ	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ	ЦЕНА 1-ОЙ УСЛУГИ, руб. коп.	СКИДКА, руб. коп.	КОЛИЧЕСТВО УСЛУГ, шт.	ОБЩАЯ СУММА, руб. коп.
<b>ИТОГО:</b>					

Итого к оплате: \_\_\_\_\_ 00 копеек

Заказчик (Потребитель)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Ответственный сотрудник ГБУЗ «ГКБ им. М.П.  
Кончаловского ДЗМ»

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКВЫ  
ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»  
124489, г. Москва, Зеленоград, Каштановая аллея, д.2, стр.1

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
на оказание/получение платных медицинских и иных услуг

г.Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_, зарегистрированный (-ая) по адресу:  
\_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, находясь в здравом уме и ясном сознании,

понимая значение своих действий и руководствуясь ими, самостоятельно обратилась в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» за получением платных медицинских услуг и дополнительных сопутствующих услуг неотделимых и неразрывно связанных с оказанием медицинской помощи в амбулаторных/стационарных условиях в соответствии с договором на оказание и оплату услуг.

**Я ознакомлена:**

- со ст. 41 Конституции Российской Федерации, дающей мне право получить медицинскую помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений;

- со ст. 19, 80, 81, 84 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, в соответствии с которыми я имею право на получение медицинской помощи в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации; также я имею право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи;

- с постановлением Правительства РФ от 4 октября 2012 г. №1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»;

- с постановлением Правительства Москвы от 24 декабря 2019 года № 1822-ПП «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022г», устанавливающим перечень видов, форм, условий и порядков бесплатного предоставления медицинской помощи, по медицинским показаниям, на основе стандартов медицинской помощи и с учетом используемых клинических рекомендаций;

- со ст. 44, 47 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010г. №326-ФЗ, ст. 9 ФЗ «О защите персональных данных» от 27 июля 2006г. №152-ФЗ и добровольно даю согласие на ведение персонализированного учета сведений, необходимых для организации и оказания медицинской помощи мне, как Пациенту. Я получила полное и всестороннее разъяснение о своих правах и обязанностях в соответствии со ст. ст. 18, 19, 20, 21, 22, 23, 27 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ, а так же о предлагаемых и альтернативных методах обследования и лечения своего заболевания, о приблизительной стоимости услуг в соответствии с действующим Прейскурантом, условиях и ограничениях при их оказании, перечень и стоимость медицинских услуг согласованы со мной, и **отказываюсь**

от бесплатного получения медицинской помощи (медицинских услуг, выбранных мной в рамках договора об оказании платных медицинских услуг), в том числе в соответствии с действующей Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в городе Москве в порядке и на условиях, установленных законодательством Российской Федерации.

Я проинформирована, что Фондом обязательного медицинского страхования, а так же страховыми медицинскими организациями возмещение затрат на платные медицинские услуги гражданам не осуществляется. Возмещение затрат осуществляется в форме социального налогового вычета и в порядке установленном Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 марта 2001г. №201 «Об утверждении перечней медицинских услуг и дорогостоящих видов лечения в медицинских учреждениях Российской Федерации, лекарственных средств, суммы оплаты которых за счет собственных средств налогоплательщика учитываются при определении суммы социального налогового вычета».

Я получила полное и всестороннее разъяснение о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, в том числе назначенного режима лечения и диеты, по ограничению (отказу) употребления спиртных напитков; отказ от госпитализации и медицинского вмешательства; несвоевременное обращение за медицинской помощью, могут снизить качество предоставляемой медицинской помощи, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Я получила полное и всестороннее разъяснение, что используемые технологии медицинской помощи не могут полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных: индивидуальными особенностями организма; тяжестью основного и сопутствующих заболеваний; прогностически неблагоприятным течением заболевания; появления ранее неизвестных (скрытых) обстоятельств, информация о которых могла повлиять на выбор тактики лечения и прогноз; несовершенством медицины и отсутствия стопроцентных гарантий достижения результата у применяемых на современном уровне здравоохранения методик и технологий, а так же возможных неблагоприятных последствиях выполнения указаний Пациента о способе исполнения работ (выбор методик, времени и места получения услуг), в том числе с использованием материалов Пациента (Заказчика).

Я получила полное и всестороннее разъяснение о том, что в случае возражений и претензий по качеству полученных услуг я должна сообщить об этом до момента окончательного расчёта за оказанные медицинские услуги. В случае неполучения претензий в течение пяти рабочих дней, услуги считаются выполненными в полном объеме в согласованные сроки и с надлежащим качеством.

Я согласна на осмотр и оказание мне медицинских услуг другими медицинскими работниками.

Информацию, касательно меня, составляющую врачебную тайну я доверяю передавать \_\_\_\_\_

Настоящей подписью, я выражаю полное и безоговорочное согласие со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены и понятны, добровольно даю своё согласие и настаиваю на обследовании и/или лечении на возмездной основе за счет средств Заказчика или своих личных средств в ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ».

Пациент (Потребитель) \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью и подписью)

Разъяснительную беседу провёл и подтверждаю собственноручную подпись Пациента (Потребителя) в моем присутствии:

(должность, Ф.И.О. и личная подпись сотрудника ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»)



**СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

г.Москва

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ г., \_\_\_\_\_, зарегистрированный (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_, тел. \_\_\_\_\_, принимаю решение о

предоставлении своих персональных данных и свободно, своей волей и в своём интересе даю согласие уполномоченным лицам Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городской клинической больницы имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы», зарегистрированного по адресу 124489, Москва г, Зеленоград г, Каштановая аллея, д.2, стр.1, на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение) следующих персональных данных: фамилия, имя, отчество; пол; число, месяц, год рождения; серия, номер документа, удостоверяющего личность, наименование органа, выдавшего его, дата выдачи; реквизиты страхового свидетельства обязательного пенсионного страхования; реквизиты полиса обязательного медицинского страхования; место жительства (адрес регистрации, фактического проживания); семейное положение; страховая программа; период прикрепления; сведения о наличии льгот (категория льгот, документ подтверждающий наличие льгот); социальная группа; место работы, должность; место учёбы; номер телефона (домашний, рабочий или мобильный); контингент; сведения об инвалидности, причине инвалидности; сведения о наличии профзаболеваний; сведения о получении льготных лекарственных средствах; номер амбулаторной карты; территориальный участок; анамнез жизни; сигнальная информация (список вредных факторов на производстве, аллергологический паспорт, аллергологический анамнез, учет дозы рентгеновского облучения); сведения об осмотрах; документы врачебных комиссий; сведения о госпитализации; сведения о диспансерных наблюдениях; направления на лабораторные и диагностические исследования; результаты лабораторных и диагностических исследований; лечебные назначения; сведения о санаторно-курортном лечении; сведения о профилактических осмотрах; листки нетрудоспособности; сведения о прививках; заключительные диагнозы; стоимость предоставленных медицинских услуг за определённый период; иные персональные данные, необходимые для достижения целей их обработки.

Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза, оказания медицинских и медико-социальных услуг при условии, что обработка персональных данных осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством Российской Федерации сохранять врачебную тайну.

Я ознакомлена с тем, что:

- согласие на обработку персональных данных действует с даты подписания настоящего согласия в течение всего срока осуществления и выполнения в Государственном бюджетном учреждении Департамента здравоохранения города Москвы «Городской клинической больнице имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» функций, полномочий и обязанностей в установленной сфере деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- персональные данные, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Государственным бюджетным учреждением Департамента здравоохранения города Москвы «Городской клинической больницей имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» только в целях осуществления и выполнения функций, полномочий и обязанностей в установленной сфере деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- согласие на обработку персональных данных может быть отозвано на основании письменного заявления в произвольной форме;
- в случае отзыва согласия на обработку персональных данных Государственное бюджетное учреждение Департамента здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» вправе продолжить обработку персональных данных без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2 – 11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных»;
- после осуществления и выполнения в Государственном бюджетном учреждении Департамента здравоохранения города Москвы «Городской клинической больнице имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы» функций, полномочий и обязанностей в установленной сфере деятельности в соответствии с законодательством Российской Федерации персональные данные хранятся в течение срока хранения документов, предусмотренных законодательством Российской Федерации, в Государственном бюджетном учреждении Департамента здравоохранения города Москвы «Городской клинической больнице имени М.П. Кончаловского Департамента здравоохранения города Москвы».

Начало обработки персональных данных

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)



## УВЕДОМЛЕНИЕ

г.Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ г.

Пациент (Потребитель) \_\_\_\_\_, «\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения уведомляется о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

Выдал:

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. и подпись сотрудника ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»)

Я, \_\_\_\_\_ г.р., паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ выданный \_\_\_\_\_ г.  
\_\_\_\_\_, зарегистрированный

(-ая) по адресу: \_\_\_\_\_,  
тел. \_\_\_\_\_. настоящей подписью подтверждаю, что получила от сотрудника ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» экземпляр настоящего письменного уведомления, а также подробное разъяснение мне информации изложенной в настоящем уведомлении и не имею каких-либо неразъясненных вопросов.

\_\_\_\_\_  
(подпись Потребителя)

/ \_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи Потребителя)

**АКТ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ № \_\_\_\_\_**

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

**Заказчик:** \_\_\_\_\_

**Пациент:** \_\_\_\_\_

**Основание:** Договор № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ Г.

КОД УСЛУГИ	НАИМЕНОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ	ЦЕНА 1-ОЙ УСЛУГИ, руб. коп.	СКИДКА, руб. коп.	КОЛИЧЕСТВО УСЛУГ, шт.	ОБЩАЯ СУММА, руб. коп.
ИТОГО:			0,00		

Ранее оплачено: \_\_\_\_\_ 00 копеек

Итого к оплате: \_\_\_\_\_ 00 копеек

**Вышеуказанные услуги оказаны в полном объёме и в согласованные сроки.  
Претензий к качеству оказанных ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» услуг не имею.**

Заказчик (Пациент)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Руководитель подразделения (лечащий врач)  
ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Ответственный сотрудник  
ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)



**Образец заполнения платёжного поручения**

ГУ Банка России по ЦФО г. Москва 35		БИК	044525000	
Банк получателя		Сч. №		
ИНН 7735069192	КПП 773501001	Сч. №	40601810245253000002	
Департамент финансов г. Москвы (ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» л/с 2605441000720127)		Вид оп.	Срок плат.	
		Наз. пл.	Очер. плат.	
Получатель		Код	Рез. поле	
00000000000000000000137	45377000			

**ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ»  
СЧЁТ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.**

Заказчик \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_

Основание Договор № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

Отделение \_\_\_\_\_

Код услуги	Наименование медицинской услуги	Цена, руб. коп.	Кол-во	Скидка, руб. коп.	Общая сумма,
<b>Всего</b>					

Итого к оплате \_\_\_\_\_ **00 копеек**

Ответственный сотрудник  
ГБУЗ «ГКБ им. М.П. Кончаловского ДЗМ» \_\_\_\_\_

(подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)