

ДОГОВОР № _____
на оказание платных медицинских услуг

Московская область,
г.о. Чехов, с. Троицкое

«___» _____ 2023 года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенное наименование: ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»), находящееся по адресу: 142370, Московская область, городской округ Чехов, с. Троицкое, д. 5, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «02» апреля 2019 г. №ЛО-41-01162-50/00370196, сроком - бессрочно, выданную Министерством здравоохранения Московской области, находящимся по адресу: Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО (администратор канцелярии, ответственный за оформление ПМУ), действующей на основании доверенности №, выданной «__» _____ 20__ г. главным врачом Целищевым Дмитрием Вениаминовичем, действующим на основании Устава от 28.12.2017 № 953, с одной стороны,

и _____,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

<p>Я, _____, (указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лица осуществляющего оплату в именной падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) проживающий по адресу: _____, _____ (адрес места жительства представителя Потребителя) Паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____, иной документ, удостоверяющий личность лица осуществляющего оплату _____ _____</p> <p>подтверждаю готовность оплатить предлагаемые медицинские услуги</p> <p style="text-align: center;">(указать полностью фамилию, имя, отчество Потребителя)</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">год рождения (словесно-цифровым способом: число, месяц, год)</p>

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», совместно именуемые "сторонами", заключили настоящий Договор о нижеследующем

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (опекуна недееспособного лица или родителя ребенка), оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «ПКБ №5 ДЗМ», утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Заказчик оплачивает медицинские услуги предоставляемые Потребителю. Перечень платных медицинских услуг представлен в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

1.2. Потребитель и Заказчик осведомлены о действующих скидках для отдельных категорий граждан и подтверждает, что на момент заключения Договора Исполнитель уведомил его о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Подписывая настоящий Договор, Потребитель, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дает добровольное согласие:

1.2.1. Потребитель - на оказание ему медицинских услуг на возмездной основе.

1.2.2. Заказчик - на оплату медицинских услуг, предоставляемых Потребителю.

1.3. Срок оказания медицинских услуг: с «__»____20__ года по «__»____20__ года. В случае увеличения срока оказания услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение.

1.4. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и составляет

1.5. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Исполнитель не вправе оказывать Потребителю дополнительные медицинские услуги на платных условиях без согласия Потребителя и Заказчика. В случае согласия Потребителя и Заказчика на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действовавшим на дату заключения настоящего Договора.

1.6. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.7. В случае невозможности выполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.

2.1.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае в случае неоплаты (частичной оплаты) Заказчиком медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.1.3. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке или перенести сроки оказания медицинских услуг в случае непредвиденной поломки оборудования, болезни специалиста, его увольнения и т.п.

2.1.4. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Заказчику сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1. Предоставлять при заключении Договора Заказчику в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом отказ Потребителя и/или Заказчика от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2.2.2. Предоставлять при заключении Договора по требованию Потребителя и Заказчику в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- а) порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;
- б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);
- в) информация о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;

- 2.2.3. Информировать Заказчика и Потребителя о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.
- 2.2.4. Извещать Потребителя и Заказчика о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
- 2.2.5. Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.
- 2.2.6. В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», и от 02.07.1992 г. №3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.2.7. Выдавать Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
- 2.2.8. Предоставлять Заказчику и Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.
- 2.2.9. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Потребителя
- 2.2.10. На основании письменного заявления Потребителя выдавать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), сформированные в отношении Потребителя, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.
- 2.2.11. По требованию Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг.
- 2.2.12. Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.
- 2.2.13. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги Исполнитель оказывает без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В urgentных случаях пациент переводиться в профильное лечебное учреждение.
- 2.2.14. Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

2.3. Права Потребителя

- 2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.2. Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору
- 2.3.3. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.
- 2.3.4. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.
- 2.3.5. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.
- 2.3.6. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.
- 2.3.7. Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора.
- 2.3.8. В соответствии с п. 5 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (с измен. и доп., вступ. В силу с 11.01.2023) Потребитель имеет право по запросу требовать и получать от Исполнителя сведения, отражающие состояние здоровья медицинские документы (их копии) и выписки из них. Порядок и сроки представления медицинских документов (их копии) и выписки из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.4. Обязанности Потребителя:

2.4.1. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.4.2. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

2.4.3. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, установленные Исполнителем для пациентов.

2.4.4. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги.

2.4.5. Не изымать из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного медицинскую документацию.

2.4.6. При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).

2.4.7. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.4.8. До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2.4.9. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

2.5. Права Заказчика:

2.5.1. В случае отказа Потребителя от медицинских услуг по настоящему Договору, получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.

2.5.2. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную Потребителю услугу по настоящему Договору.

2.5.3. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.5.4. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации запрашивать и получать сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.6. Обязанности Заказчика:

2.6.1. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем Потребителю по настоящему Договору.

2.6.2. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем Потребителю услуги.

2.6.3. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, установленные Исполнителем для посетителей.

2.6.4. При подписании Договора и других документов в соответствии с условиями настоящего Договора иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

2.6.5. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.6.6. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя возникшие по вине Потребителя, иных лиц отвечающих за действия Потребителя (опекуна недееспособного лица, родителя ребенка и т.д), либо Заказчика.

2.6.7. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

2.6.8. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги Потребителю.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: Московская область, г.о. Чехов, с. Троицкое, д.5.

3.2. Медицинская помощь при предоставлении Услуг организуется и оказывается в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями и на основе клинических рекомендаций.

Стандарты медицинской помощи и клинические рекомендации (при их наличии) с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги, размещены на «Официальном интернет-портале правовой информации» <http://www.pravo.gov.ru> и официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации <https://minzdrav.gov.ru>, на котором размещен рубрикатор клинических рекомендаций.

3.3. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю после зачисления на расчетный счет Исполнителя суммы, оплаченной Заказчиком в размере, указанном в пункте 1.4. настоящего Договора.

3.4. Услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия Пациента, данного в установленном порядке.

3.5. По окончании оказания Потребителю медицинских услуг Исполнитель направляет Потребителю и Заказчику вручает лично, либо нарочным, или по почте Акт, подписанный со своей стороны в трех экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору). Потребитель и Заказчик обязаны в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте либо вручить лично (нарочным) один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта или мотивированного отказа от подписания Акта. Экземпляры Акта, подписанные Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

3.6. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта

3.5. В случае если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя Потребителем не направлен подписанный им Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата стоимости платных медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Заказчиком в российских рублях путем предоплаты 100% стоимости до оказания соответствующих услуг, путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.2. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.5 настоящего Договора Заказчик обязуется предварительно оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг.

4.3. После оплаты Услуг, Заказчику выдается документ, подтверждающий произведенную оплату (кассовый чек или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета).

4.4. Исполнитель по обращению Заказчика выдает документы, подтверждающие фактические расходы Заказчика на оказанные Услуги или приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения: копия Договора с Приложениями и дополнительными соглашениями к нему, справка об оплате медицинских услуг по установленной форме, рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов Российской Федерации, идентификационный номер налогоплательщика», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью медицинской организации; документы установленного образца, подтверждающие оплату лекарственных препаратов.

4.5. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные Потребителю медицинские услуги и другие понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4.6. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.6 настоящего Договора) Исполнитель по окончании оказания Потребителю медицинских услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Заказчику в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, либо наличным расчетом через кассу Исполнителя.

4.7. На предоставление платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по письменному требованию Заказчика/Потребителя является обязательным.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

- 5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае:
- неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора;
 - отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан;
 - при нарушении Потребителем плана лечения, режима осуществления процедур, нарушения диеты, несоблюдения врачебных рекомендаций и назначений, при отказе Потребителя от необходимых обследований, непрохождение которых препятствует дальнейшему оказанию услуг. В случаях, определенных настоящим пунктом, одностороннее расторжение настоящего Договора по инициативе Исполнителя возможно только при наличии плана лечения, режима процедур, диеты, рекомендаций и назначений им соответствующей медицинской документации, согласованных с Потребителем.
- 5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 5.4. Потребитель и Заказчик предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.
- 5.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем и (или) Заказчиком неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктами 2.4.2, 2.6.7 настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 2.4.3, 2.4.4, 2.4.9, 2.6.5, 2.6.8 и 1.6 настоящего Договора.
- 5.6. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.
- 5.7. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пяти рабочих дней с момента ее получения Стороной.
- 5.8. Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.6 и 5.7 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.
- 5.9. 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 другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.
- 5.10. В остальных случаях Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

- 6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями Сторон, уполномоченными на подписание таких документов, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 6.2. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 10 (десяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.
- 6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.
- 6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой Стороны.
- 6.6. Уведомление об одностороннем расторжении договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование данного

уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

7.ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1 До заключения Договора Исполнитель уведомил Потребителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой Услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

7.2 Подписывая Договор, Потребитель подтверждает, что он был осведомлен о том, что он имеет право получить медицинские услуги, входящие в государственной и территориальной программ государственных гарантий, бесплатно в муниципальных и государственных учреждениях.

7.3 Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.4. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица - что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

7.5. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.

7.6. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Исполнителем (уполномоченным представителем Исполнителя) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, Потребителю и (или) Заказчику и им (ими) принятые (принятые уполномоченным представителем Потребителя) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).

7.7. Потребитель подтверждает, что ему была предоставлена возможность ознакомиться с информацией в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», в том числе стоимостью услуг, Правилами предоставления платных медицинских услуг. Перечисленная в Договоре правовая информация, относящаяся к предмету Договора, является общедоступной, размещена на сайте ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» pkb5@zdrav.mos.ru, информационных стендах в помещениях Учреждения по адресу: с. Троицкое д.5, г.о. Чехов, Московская область.

7.8 В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель дает Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Полное официальное наименование:
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 5
Департамента здравоохранения города Москвы»
Сокращенное официальное наименование: ГБУЗ
«ПКБ № 5 ДЗМ»
ИПН/КПП: 5048050866/504801001
ОГРН: 1035009952670
ОКТМО: 46784000
Наименование получателя платежа (для
платежных поручений): Департамент финансов
города Москвы (ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» л/с
2605441000452087)
Банк получателя платежа (для платежных
поручений): ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г.
Москве г. Москва
БИК 004525988
К/с 40102810545370000003
Р/с 03224643450000007300
КБК: 05400000000131131022
Адрес: 142370, МО, г.о. Чехов, с. Троицкое, д.5
Адрес электронной почты (e-mail):
pkb5@zdrav.mos.ru
Телефоны: +7(495)445-55-25

Главный врач ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»

_____/Д.В. Целищев
М.п.

Потребитель (опекуна недееспособного лица или родителя ребенка):

Фамилия: _____
Имя: _____
Отчество(при наличии): _____
Паспорт: серия ____ номер _____
Наименование органа, выдавшего
паспорт: _____

Дата выдачи паспорта: _____
Иной документ, удостоверяющий личность,
его реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Документ, подтверждающий право
представлять интересы Потребителя, его
реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Адрес
проживания: _____

Адрес
регистрации: _____

Телефоны: _____

(подпись)

(расшифровка)

Заказчик:

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего
паспорт: _____

Дата выдачи аспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий
личность, его реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Документ, подтверждающий право
представлять интересы Потребителя, его
реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Адрес
проживания: _____

Адрес
регистрации: _____

Телефоны: _____

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

Приложение 1
к Договору на оказание платных
медицинских услуг
от « ___ » _____ 20 __ г. № ___

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ОКАЗЫВАЕМЫХ ПО ДОГОВОРУ

№ п/п	Номенклату рный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	кол-во услуг ед.	цена услуги, руб.	стоимость, руб.

Итого общая стоимость по Договору составляет: _____

НДС не облагается на основании на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149, части второй Налогового кодекса Российской Федерации..

« ___ » _____ 202 __ г.

Приложение 2
к Договору на оказание платных

**Форма Акта
сдачи-приемки оказанных услуг**

Московская область,
г.о. Чехов, с. Троицкое

«___» _____ 20__ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенное наименование: ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»), находящееся по адресу: 142370, Московская область, городской округ Чехов, с. Троицкое, д. 5, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «02» апреля 2019 г. №ЛО-41-01162-50/00370196, сроком - бессрочно, выданную Министерством здравоохранения Московской области, находящимся по адресу: Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО (администратор канцелярии, ответственный за оформление ПМУ), действующей на основании доверенности № , выданной «__» _____ 20__ г. главным врачом Целищевым Дмитрием Вениаминовичем, действующим на основании Устава от 28.12.2017 № 953, с одной стороны,
и _____,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) гражданина)
именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

Я, _____,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лица осуществляющего оплату в именной форме в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства представителя Потребителя)

Паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда
выдан _____,

иной документ, удостоверяющий личность лица осуществляющего оплату

подтверждаю готовность оплатить предлагаемые медицинские услуги

(указать полностью фамилию, имя, отчество Потребителя)

г о д р о ж д е н и я (с л о в е с н о - ц и ф р о в ы м с п о с о б о м : ч и с л о ,
м е с я ц , г о д)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик».

совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее - Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____ (далее - Договор) оказал, а Потребитель и Заказчик приняли фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№ . п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС (не облагается НДС)					

2. Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору составляет _____ (_____) рублей
 _____ (указывается цифровым способом) _____ (указывается словесным способом)
 _____ копеек, в том числе НДС (не облагается НДС), на основании подпункта 2
 _____ (указывается цифровым способом)
 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Заказчиком и Потребителем.

4. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Оплата по Договору составляет _____ (_____) рублей _____ копеек
 _____ (указывается цифровым способом) _____ (указывается словесным способом)
 рублей _____ копеек,
 _____ (указывается цифровым способом)
 в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

6. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

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

Исполнитель:

Потребитель (опекун недееспособного лица или родитель ребенка):

<p>Полное официальное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» Сокращенное официальное наименование: ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» ИПН/КПП: 5048050866/504801001 ОГРН: 1035009952670 ОКТМО: 46784000 Наименование получателя платежа (для платежных поручений): Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ») л/с 2605441000452087 Банк получателя платежа (для платежных поручений): ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва БИК 004525988 К/с 40102810545370000003 Р/с 03224643450000007300 КБК: 05400000000131131022 Адрес: 142370, МО, г.о. Чехов, с. Троицкое, д.5 Адрес электронной почты (e-mail): pkb5@zdrav.mos.ru Телефоны: +7(495)445-55-25</p> <p>Главный врач ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» _____ /Д.В. Целишев М.п.</p>	<p>Фамилия: _____ Имя: _____ Отчество(при наличии): _____ Паспорт: серия ____ номер _____ Наименование органа, выдавшего паспорт: _____ _____ Дата выдачи паспорта: _____ Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан: _____ _____ Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан: _____ _____ Адрес проживания: _____ _____ Адрес регистрации: _____ _____ Телефоны: _____</p> <p>_____ (подпись) / _____ (расшифровка)</p>
--	---

Заказчик:

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Паспорт: серия ____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт: _____

Дата выдачи аспорта: _____

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда
выдан: _____

Адрес
проживания: _____

Адрес
регистрации: _____

Телефоны: _____

_____/_____
(подпись) (расшифровка)

ЗАЯВЛЕНИЕ ПАЦИЕНТА
О РАЗРЕШЕНИИ НА ПЕРЕДАЧУ ИНФОРМАЦИИ

Я, _____

находясь на лечении в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы», пользуясь правом, предоставленным мне статьями 13, 73 п. 2 и 79 п. 4 «Об основах охраны здоровья граждан РФ» № 323-ФЗ от 21.11.2011

РАЗРЕШАЯ ДАВАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О СОСТОЯНИИ МОЕГО ЗДОРОВЬЯ, О МОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ (о его характере и особенностях, о прогнозе, о предстоящей операции и инвазивных диагностических процедурах, ожидаемых результатах и возможных последствиях, о степени риска, об осложнениях, о течении послеоперационного периода, а также любые другие сведения о моем здоровье) только:

1. _____
2. _____
(Ф.И.О. лица, которому разрешено давать информацию)
3. _____
(Ф.И.О. лица, которому разрешено давать информацию)
4. _____
(Ф.И.О. лица, которому разрешено давать информацию)

Ф.И.О. пациента _____ подпись _____

ОЗНАКОМЛЕН: _____
(Ф.И.О. лечащего врача, подпись)

к договору № _____ от _____
на оказание платных медицинских услуг

с. Троицкое,
г.о. Чехов, МО

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенное наименование: ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»), находящееся по адресу: 142370, Московская область, городской округ Чехов, с. Троицкое, д. 5, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «02» апреля 2019 г. №ЛО-41-01162-50/00370196, сроком - бессрочно, выданную Министерством здравоохранения Московской области, находящимся по адресу: Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО (администратор канцелярии, ответственный за оформление ПМУ), действующей на основании доверенности №____, выданной «__» _____ 20__ г. главным врачом Целищевым Дмитрием Вениаминовичем, действующим на основании Устава от 28.12.2017 № _____ 953, с _____ одной стороны, и _____

(Ф.И.О. гражданина/физического лица)

с другой стороны именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

а также _____

(Ф.И.О. гражданина/физического лица)

именуемый (ая) в дальнейшем "Заказчик", а при совместном упоминании - "Стороны", на основании п.п. 1.5, 4.2, 6.1

договора на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____

(с физическим лицом) (далее Договор) заключили настоящее Дополнительное соглашение № _____ о нижеследующем:

1. Внести изменения в п. 1.3 Договора и изложить в следующей редакции:

1.3 Срок оказания медицинских услуг: с _____ по _____

2. Внести изменения в п.1.4 Договора и изложить в следующей редакции:

1.4 Стоимость оказания медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Дополнительного соглашения, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и **составляет** _____

3. Внести изменения в приложение 1 к Договору, дополнить перечень платных медицинских услуг и изложить в следующей редакции:

Перечень платных медицинских услуг

№	Номенклатурный код медицинской услуги	вид платной медицинской услуги	количество , шт	Стоимость за единицу, руб.
1				
2				
3				

Итого общая стоимость по настоящему Дополнительному соглашению составляет: _____

(00 рублей, 00 копеек)

в том числе НДС не облагается на основании на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149, части второй Налогового кодекса Российской Федерации..

4. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора.

5. Во всем остальном Стороны руководствуются положениями Договора и действующим законодательством Российской Федерации.

6. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

7. Подписи сторон

Исполнитель:

Полное официальное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Психиатрическая клиническая больница №5 Департамента здравоохранения города Москвы

Сокращенное наименование: ГБУЗ "ПКБ № 5 ДЗМ"

Наименование получателя платежа(для платежных поручений): Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» л/с 2605441000452087)

Банк получателя платежа (для платежных поручений): ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
БИК
004525988

К/с 40102810545370000003

Р/с 03224643450000007300

Адрес электронной почты (e-mail): pkb5@zdrav.mos.ru

Адрес: 142370, МО, г.о. Чехов, с. Троицкое, д.5

Телефоны:

+7(495)445-55-25

ИНН/КПП: 5048050866/504801001

ОГРН: 1035009952670

ОКТМО: 46784000

КБК: 05400000000131131022

Главный врач ГБУЗ "ПКБ №5 ДЗМ"

Целищев Д.В.

М.п.

Потребитель (опекун недееспособного лица или родитель ребенка):

Фамилия Имя Отчество :

дата рождения _____

паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения

Документ, подтверждающий право представлять интересы потребителя, реквизиты, кем и когда выдан

адрес места жительства/телефон

адрес регистрации

Потребитель:

Заказчик:

Фамилия

Имя _____

Отчество : _____

дата _____
рождения _____

паспортные данные:
серия, номер, кем и когда выдан,
код подразделения

Документ, подтверждающий
право представлять интересы
потребителя, реквизиты, кем и
когда выдан

адрес места жительства/телефон

адрес регистрации

Заказчик

АКТ

сдачи-приемки платных медицинских услуг

с. Троицкое,

г.о. Чехов, МО

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенное наименование: ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»), находящееся по адресу: 142370, Московская область, городской округ Чехов, с. Троицкое, д. 5, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «02» апреля 2019 г. №ЛО-41-01162-50/00370196, сроком - бессрочно, выданную Министерством здравоохранения Московской области, находящимся по адресу: Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО (администратор канцелярии, ответственный за оформление ПМУ), действующей на основании доверенности № , выданной «__» _____ 20__ г. главным врачом Целищевым Дмитрием Вениаминовичем, действующим на основании Устава от 28.12.2017 № 953, с одной стороны, и

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель»,

Я, _____,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) лица осуществляющего оплату в именной падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) проживающий по адресу: _____

(адрес места жительства представителя Потребителя)

Паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда
выдан _____,
иной документ, удостоверяющий личность лица осуществляющего оплату

подтверждаю готовность оплатить предлагаемые медицинские услуги

(указать полностью фамилию, имя, отчество Потребителя)

год рождения (словесно-цифровым способом: число, месяц, год)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», совместно именуемые "стороны", заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг № _____ от _____ от _____ (далее Договор) оказал, а Потребитель и Заказчик приняли фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№	Номенклатурный код медицинской услуги	Название медицинской услуги	Кол – во услуг ед.	Стоимость за единицу, руб.	Итоговая стоимость, Руб.
1					
2					
3					

2. Итого общая стоимость по Договору составляет: _____

в том числе НДС не облагается на основании на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149, части второй Налогового кодекса Российской Федерации..

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем и Заказчиком.

4. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг медицинских услуг.

5. Оплата по Договору составляет _____

в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149, части второй Налогового кодекса Российской Федерации..

6. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

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

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Полное официальное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Психиатрическая клиническая больница №5 Департамента здравоохранения города Москвы

Сокращенное наименование: ГБУЗ "ПКБ № 5 ДЗМ"

Наименование получателя платежа (для платежных поручений): Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» л/с 2605441000452087)

Банк получателя платежа (для платежных поручений): ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
БИК
004525988
К/с 40102810545370000003

Р/с 03224643450000007300

Адрес электронной почты (e-mail): pkb5@zdrav.mos.ru

Адрес: 142370, МО, г.о. Чехов, с. Троицкое, д.5

Телефоны:
+7(495)445-55-25

ИНН/КПП: 5048050866/504801001

ОГРН: 1035009952670

ОКТМО: 46784000

КБК: 05400000000131131022

Главный врач ГБУЗ "ПКБ №5 ДЗМ"
_____ Целищев Д.В.

М.п.

Заказчик:

Фамилия Имя
Отчество : _____
дата рождения _____

паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения

Документ, подтверждающий право представлять интересы потребителя, реквизиты, кем и когда выдан

адрес места жительства/телефон

адрес регистрации

Заказчик

Потребитель (опекун недееспособного лица или родитель ребенка):

Фамилия Имя Отчество : _____

дата рождения _____

паспортные данные: серия, номер, кем и когда выдан, код подразделения _____

Документ, подтверждающий право представлять интересы потребителя, реквизиты, кем и когда выдан _____

адрес места жительства/телефон

адрес регистрации

Потребитель:

ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ
к договору № от
на оказание платных медицинских услуг

с. Троицкое,
г.о. Чехов, МО

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенное наименование: ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»), находящееся по адресу: 142370, Московская область, городской округ Чехов, с. Троицкое, д. 5, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от «02» апреля 2019 г. №ЛО-41-01162-50/00370196, сроком - бессрочно, выданную Министерством здравоохранения Московской области, находящимся по адресу: Московская область, г. Красногорск, бульвар Строителей, д. 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице ФИО (администратор канцелярии, ответственный за оформление ПМУ), действующей на основании доверенности № , выданной «_» _____ 20__ г. главным врачом Целищевым Дмитрием Вениаминовичем, действующим на основании Устава от 28.12.2017 № 953, с одной стороны,
и

(Ф.И.О. гражданина/физического лица)

с другой стороны, вместе именуемые Стороны, заключили настоящее соглашение о нижеследующем:

1. В связи с изменением срока лечения, Стороны пришли к соглашению о расторжении вышеуказанного договора.
2. Исполнитель обязуется вернуть денежные средства в связи с неоказанием Пациенту/Заказчику следующих, ранее оплаченных платных медицинских услуг:

№п/п	Код услуги	Вид платной медицинской услуги	количество услуг, шт	Цена одной услуги руб.	Итого стоимость, руб.
1					
2					
3					

Итого общая стоимость по Договору № от на момент расторжения составляет: _____
(00 рублей, 00 копеек)

в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2, пункта 2, статьи 149, части второй Налогового кодекса Российской Федерации..

3. Настоящее Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора № от на оказание платных медицинских услуг.
4. Настоящее Дополнительное соглашение составлено в 2 (двух) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Исполнитель:

**Потребитель (опекун недееспособного лица или
родитель ребенка):**

Полное официальное наименование :Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Психиатрическая клиническая больница №5 Департамента здравоохранения города Москвы

Сокращенное наименование: ГБУЗ "ПКБ № 5 ДЗМ"

Наименование получателя платежа(для платежных поручений): Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ» л/с 2605441000452087)

Банк получателя платежа (для платежных поручений): ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва БИК 004525988

К/с 40102810545370000003

Р/с 03224643450000007300

Адрес электронной почты (e-mail): pkb5@zdrav.mos.ru

Адрес: 142370, МО, г.о. Чехов, с. Троицкое, д.5

Телефоны:

+7(495)445-55-25

ИНН/КПП: 5048050866/504801001

ОГРН: 1035009952670

ОКТМО: 46784000

КБК: 05400000000131131022

Главный врач ГБУЗ "ПКБ №5 ДЗМ"

Целищев Д.В.

Фамилия Имя

Отчество :

дата рождения

паспортные данные: серия,номер,кем и когда выдан, код подразделения

Документ, подтверждающий право представлять интересы потребителя, реквизиты, кем и когда выдан

адрес места жительства

адрес регистрации

Телефон

Потребитель:

Заказчик:

Фамилия Имя

Отчество :

дата рождения

паспортные данные: серия,номер, кем и когда выдан, код подразделения

Документ, подтверждающий право представлять интересы потребителя, реквизиты, кем и когда выдан

адрес места жительства/телефон

адрес регистрации

Заказчик

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
 "Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы"

Информированное добровольное согласие пациента (законного представителя пациента) на медицинское вмешательство, обработку персональных данных и предоставление сведений, составляющих врачебную тайну

Данный раздел бланка заполняется гражданами старше 15 лет

Я, _____
 (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
 _____ года рождения, проживающий по адресу: _____
 _____ (адрес места жительства пациента)
 _____ (далее – пациент),

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____,
 (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
 проживающий по адресу: _____
 _____ (адрес места жительства законного представителя пациента)
 являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
 _____ (указывается нужное)
 пациента (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____
 _____ (указывается нужное)

 (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) пациента; год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы гражданина)

в соответствии с требованиями пункта 5 части 5 статьи 19, части 1 статьи 20, Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (в интересах лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю медицинской организации

Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
 «Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы»

(полное официальное наименование медицинской организации)

(далее - Медицинская организация) свое согласие (далее - Согласие):

№	Вид медицинского вмешательства
1	Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза
2	Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование, термометрия, тонометрия, измерение частоты пульса и дыхания
3	Антропометрические исследования
4	Неинвазивные исследования органа зрения и зрительных функций
5	Неинвазивные исследования органа слуха и слуховых функций
6	Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
7	Экспериментально-психологическое исследование, психокоррекционная работа, психотерапия
8	Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические

9	Функциональные методы обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография
10	Полиграфическое исследование
11	Рентгенологические методы обследования, в том числе флюорография (для лиц старше 15 лет) и рентгенография, ультразвуковые исследования, доплерографические исследования
12	Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутривожно
13	Проведение фармакотерапии, в том числе психофармакотерапии
14	Медицинский массаж
15	Лечебная физкультура
16	Участие в реабилитационных мероприятиях, в том числе методом трудотерапии
17	Стоматологическая помощь

(ненужное вычеркнуть)

для получения медицинской помощи / получения медицинской помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в медицинской организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающей специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь в стационарных условиях:

*Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 5 Департамента здравоохранения города Москвы»*

(полное официальное наименование медицинской организации)

Врачом _____

(наименование должности врача, указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) врача)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, указанных в настоящем Соглашении на любом этапе получения помощи, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (медицинское вмешательство без согласия гражданина или законного представителя гражданина допускается:

- если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;
- в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;
- в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами).

2) На предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, любым способом, в том числе на основании письменного заявления медицинские документы, отражающие состояние моего (лица, законным представителем которого я являюсь) здоровья, акты и заключения, их копии, дубликаты и выписки из медицинских документов следующим гражданам:

_____ (указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) доверенного лица;

_____ контактный номер телефона доверенного лица)

3) На обработку Медицинской организацией моих (лица, законным представителем которого я являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС), номер полиса обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учебы) (наименование организации (учебного учреждения), адрес, занимаемая должность, и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса добровольного медицинского страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью и иных сведений, полученных в результате медицинских исследований.

Указанные персональные данные предоставляю Медицинской организации для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;
- осуществления передачи результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компетенций, определенных Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электронном виде, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Медицинской организацией в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС) и иные территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в органы Фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Медицинская организация вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, организациям, в том числе, Департаменту информационных технологий города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города \ Москва - Государственному казенному учреждению города Москвы «Информационно аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Медицинская организация вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные в том числе нормативными правовыми актами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) с использованием машинных носителей или по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящее Соглашение вступает в силу с даты его подписания и действует на период нахождения в ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»

Я информирован(а) (как лицо, законным представителем которого я являюсь) о том, что:

1. Лицу, уполномоченному пациентом или его законным представителем на получение сведений о состоянии здоровья, предоставляется возможность знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (представляемого), а также получать отражающие состояние здоровья пациента (представляемого) медицинские документы (их копии) и выписки из них, в том числе в форме электронных документов, по его заявлению.

2. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Медицинской организации в течение срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

3. Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Медицинской организацией только в рамках осуществления возложенных на нее полномочий и обязанностей

4. В соответствии с частью 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, допускается без согласия гражданина или его законного представителя.

5. Настоящее Соглашение может быть мною отозвано в части согласия на обработку персональных данных посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Медицинской организации по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено лично под подпись уполномоченному представителю Медицинской организации.

6. В случае отзыва настоящего Соглашения в части согласия на обработку персональных данных Медицинская организация вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без моего 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 г. № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я удостоверяю, что:

- права как пациента (законного представителя пациента) и субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;

- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;

- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных « ____ » _____ 2025 года данных:
(дата оформления)

Пациент / законный представитель пациента _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Если пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящее Согласие, но может в устной форме выразить свое согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями работников Медицинской организации.

УВЕДОМЛЕНИЕ

О последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского работника,
предоставляющего платную медицинскую услугу

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», подтверждаю, что до заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил меня о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья.

Пациент /законный представитель ✓ _____ / ✓ _____ /
Подпись Ф.И.О
« ____ » _____ 20_25__ г.

УВЕДОМЛЕНИЕ

О возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

В соответствии с п. 7 Постановления Правительства РФ от 11.05.2023 г. №736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», уведомляем Вас о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Пациент /законный представитель ✓ _____ / ✓ _____ /
Подпись Ф.И.О
« ____ » _____ 20_25__ г.