

ДОГОВОР № _____ / _____ / X
об оказании платных медицинских услуг

город Москва

_____ 2024 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - ФИО, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и ФИО, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту следующую платную медицинскую услугу: (наименование услуги) (далее - Услуга), а Пациент обязуется своевременно оплатить их в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим договором. Услуга оказывается при помощи комплекса аппаратно-программный носимый с цифровой записью суточного мониторинга АД «SCHILLER MT – 101 nano» (далее – Комплекс). В целях оказания услуг по настоящему договору Исполнитель передает в безвозмездное пользование Пациенту по акту приема-передачи оборудования (Приложение №2 к настоящему Договору, являющееся его неотъемлемой частью) Комплекс, состоящий из носимого регистратора, комплекта кабелей, одноразовых электродов и принадлежностей – аккумуляторов никель-металлогидридных, носителя информации (флеш-карта) на время, необходимое для проведения диагностики. Электроды наклеиваются на тело Пациента медработником Исполнителя в соответствии с руководством по эксплуатации на носимый регистратор. Медработником Исполнителя Пациенту разъясняются требования по эксплуатации носимого регистратора. После проведения диагностики носимый регистратор возвращается Исполнителю по акту возврата оборудования (Приложение №3 к настоящему Договору, являющееся его неотъемлемой частью) со всеми принадлежностями. Уполномоченным представителем Исполнителя на подписание акта приема-передачи является (Заварзина Елена Анатольевна)

1.2. Платные медицинские услуги по Договору считаются оказанными после подписания акта оказанных услуг и поступления средств на расчетный счет Исполнителя в полном объеме. (Приложение №4 к настоящему Договору, являющееся его неотъемлемой частью). Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1. настоящего Договора, не должны превышать сроков ожидания медицинской помощи, предусмотренных законодательством РФ в сфере здравоохранения.

2. Условия и сроки предоставления платных медицинских услуг

2.1. Платные медицинские услуги предоставляются Исполнителем при наличии информированного добровольного согласия Пациента. (Приложение №1 к настоящему Договору, являющееся его неотъемлемой частью)

2.2. Пациент подтверждает, что платные медицинские услуги в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, предусмотренных стандартами медицинской помощи, и/или в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, предоставляются Исполнителем по согласованию с Пациентом.

2.3. Пациент информирован Исполнителем о возможности диагностики в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и тарифного соглашения по обязательному медицинскому страхованию без взимания платы, перечнем заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно в соответствии с порядком утвержденным уполномоченным органом исполнительной власти.

2.4. Услуга оказывается в срок до _____ г. включительно.

2.5. Стороны соглашаются с тем, что Пациент информирован о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

2.6. По завершении оказания медицинских услуг Пациенту выдаются медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, указанные медицинские документы выдаются бесплатно.

3. Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты

3.1. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Пациенту в рамках настоящего Договора, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору и составляет 2900 (Две тысячи девятьсот руб. 00 коп.), НДС не облагается.

3.2. Оплата по договору производится Пациентом на условиях 100% предоплаты в день заключения договора на основании выставленного счета путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, либо посредством оплаты банковской картой, либо иным, не запрещенным законом способом.

4. Обязанности сторон

4.1. Пациент обязан:

4.1.1. Принять по акту приема-передачи носимый регистратор, использовать его по назначению, обеспечивать его сохранность в течение срока действия договора. Не производить ремонт переданного оборудования, обо всех неисправностях сообщать Исполнителю и/или его уполномоченному представителю, указанному в пункте 1.1 договора.

4.1.2. Выполнять указания (рекомендации), предписания медицинского работника, предоставляющего платные медицинские услуги.

4.1.3. Оплатить своевременно и в полном объеме стоимость оказанных платных медицинских услуг.

4.1.4. Возвратить по акту возврата оборудования носимый регистратор в том состоянии, в котором получил, и в технически исправном состоянии, в срок до _____ г. Включительно.

4.1.5. В случае повреждения оборудования компенсировать расходы на ремонт или расходы на приобретение аналогичного оборудования исходя из рыночной стоимости поврежденного оборудования. В случае утраты оборудования компенсировать расходы на приобретение аналогичного оборудования исходя из рыночной стоимости поврежденного оборудования.

4.2. Исполнитель обязан:

4.2.1. Оказать медицинские услуги в установленный договором срок, предоставить результат диагностики при условии надлежащей эксплуатации оборудования Пациентом.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Пациент и Исполнитель несут ответственность в соответствии с действующим законодательством.

5.2. Исполнитель не несет ответственность за последствия нарушения сроков оказания услуг в случае, если нарушение сроков оказания услуг произошло по вине Пациента.

5.3. Пациент отвечает за повреждение оборудования при наличии его вины либо при наличии оснований, при которых риск случайной гибели закон возлагает на него. В соответствии со статьей 696 ГК Пациент несет риск случайной утраты или случайного повреждения полученного в безвозмездное пользование оборудования, если оборудование было испорчено в связи с тем, что он использовал его не в соответствии с договором безвозмездного пользования или назначением Оборудования либо передал его третьему лицу без согласия Исполнителя.

6. Срок действия договора. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до исполнения сторонами своих обязательств.

6.2. Вносимые дополнения и изменения в настоящий договор оформляются дополнительным соглашением.

7. Адреса и реквизиты сторон.

Исполнитель
ГБУЗ "НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ"
129090, г.Москва, ул.Сухаревская Б., д. 3
Тел: +7 (495) 680-41-54
Эл. почта: pmu@sklif.mos.ru Сайт: https://sklif.mos.ru/
ИНН 7702036321 КПП 770201001
Корр.счет юридического лица 40102810545370000003
Р/сч 03224643450000007300
ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москвы
БИК 004525988 ОГРН 1027739252067
ОКПО 01967081 ОКАТО

Заказчик
ФИО
Дата рожд.:
Документ:
№ выдан
Адрес регистрации:
Тел.: моб.+7(____)____-__-__
Эл. почта:

Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности

ФИО

_____ ФИО

□ _____

Информированное добровольное согласие пациента на оказание платных медицинских услуг

город Москва

_____ 2024 г.

Я, **ФИО** в рамках Договора об оказании платных медицинских услуг № _____/_____/X (далее по тексту Договор), заключенного между Государственным бюджетным учреждением здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» и, желаю получить платные медицинские услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», при этом мне разъяснено и мною осознано следующее:

1. Я получил/получила от сотрудников Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» полную информацию 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, а также об альтернативных методах лечения.
2. Мне, согласно моей воле, даны полные и всесторонние разъяснения о характере, степени тяжести и возможных осложнениях моего заболевания (здоровья представляемого).
3. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. N1177н я добровольно даю свое согласие на проведение: опроса, в том числе выявление жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; антропометрического исследования; термометрии; тонометрии; не инвазивных исследований органов зрения и зрительных функций; не инвазивных исследований органов слуха и слуховых функций; исследования функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы); лабораторных методов обследования, в том числе клинических, биохимических, бактериологических, вирусологических, иммунологических; функциональных методов обследования, в том числе электрокардиография, суточное мониторирование артериального давления, суточное мониторирование электрокардиограммы, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия, реоэнцефалография, электроэнцефалография, кардиотокография (для беременных); рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований; введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно; медицинского массажа; лечебной физкультуры; инвазивные методы исследования: цистоскопия, фибротреахеобронхоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, фиброколоноскопия, ректороманоскопия; инстилляции внутрипузырные.
Необходимость других методов обследования и лечения будет мне разъяснена дополнительно.
4. Я информирован/информирована о целях и методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска медицинского вмешательства и врач дал мне понятные, исчерпывающие ответы. Я информирован/информирована о характере и неблагоприятных эффектах диагностических и лечебных процедур, возможности непреднамеренного причинения вреда здоровью, а также о том, что предстоит мне (представляемому) делать во время их проведения.
5. Я извещен/(извещена о том, что мне (представляемому) необходимо регулярно принимать назначенные препараты и другие методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств.
6. Я предупрежден /предупреждена и осознаю, что отказ от лечения, несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.
7. Я уведомлен/уведомлена о необходимости поставить в известность врача обо всех проблемах связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Я уведомлен (уведомлена) о необходимости сообщить правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.
8. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг.
9. Мне разъяснено и я осознаю, что проводимое мне лечение не гарантирует 100% результата и, что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде, возможны различные осложнения.
10. Я согласен/согласна с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» не несет ответственности за их возникновение.
11. До заключения Договора я был/была уведомлен/уведомлена 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 моём состоянии здоровья.
12. Мною добровольно, без какого-либо принуждения и по согласованию с врачом выбраны следующие виды медицинских услуг, которые я хочу получить в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города

Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»: комплекс медицинских услуг по лечению в связи с диагнозом: «» Я ознакомлен/ознакомлена с действующим Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя.

13. Я проинформирован/проинформирована, что стоимость услуг, предусмотренных Договором составляет _____ руб. **00 коп.** (_____ руб 00 коп.), НДС не облагается. Я согласен/согласна на предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг.
14. Я согласен/согласна на предоставление информации о состоянии моего здоровья и оказанных мне в рамках Договора платных медицинских услуг, составляющих врачебную тайну, лицу _____ **(Мать) тел.+7() - -** _____ **(Отец) тел.+7() - -** (указывается фамилия, имя, отчество, паспортные данные такого лица) в течение срока действия Договора и в течение одного года после его окончания.
15. Я проинформирован/проинформирована, что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях, и подтверждаю свое согласие на получение указанной медицинской услуги в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы».
16. Я также даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных». Перечень персональных данных, на обработку которых дается согласие (*выбрать ненужное и подчеркнуть*):
- фамилия, имя, отчество;
 - дата и место рождения;
 - адрес места жительства;
 - социальное положение;
 - имущественное положение;
 - образование;
 - профессия;
 - семейное положение;
 - расовая принадлежность;
 - национальная принадлежность;
 - политические взгляды;
 - религиозные убеждения;
 - реквизиты полиса ОМС (ДМС), паспорта гражданина РФ;
 - страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС);
 - состояние интимной жизни;
 - дактилоскопическая информация **и другое.**
17. Я доверяю лицу _____ **(Мать) тел.+7() - -** _____ **(Отец) тел.+7() - -** (при наличии указываются фамилия, имя, отчество, паспортные данные другого лица) получить неиспользованные денежные средства при сокращении объема оказанных медицинских услуг.
18. Настоящее согласие мною прочитано, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

v _____

Уведомление пациента

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (Исполнитель) до заключения Договора № _____/_____/Х от _____ 2024 г. уведомляет пациента о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя, 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 пациента.

Уведомление получил/получила:

v _____

_____ 2024 г.

Акт приема-передачи оборудования

город Москва

_____ 2024 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратор отдела организации внебюджетной деятельности - ФИО, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и **ФИО**, _____ года рождения, Документ не предоставлен серии № _____ выдан _____ адрес регистрации: _____ тел.: моб.+7(____)____-____-____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», подписали настоящий акт о нижеследующем.

На основании договора №_____/_____/X на оказание платных медицинских услуг Исполнитель Передал, Пациент принял:

комплекс аппаратно-программный носимый с цифровой записью суточного мониторинга АД «SCHILLER MT – 101 nano», зав. № _____, производства SCHILLER AG (Шиллер, Швейцария) в следующем комплекте:

- носимый регистратор ед.;
- комплект кабелей ед.;
- принадлежности:
- носитель информации (флеш-карта);
- аккумуляторы никель-металлогидридные марки/производителя ед.

1. Техническое состояние оборудования на момент оформления акта

(описание видимых повреждений при наличии, исправности или неисправности)

2. Настоящий акт является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг от _____ 2023 г.

3. Настоящий акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

Принял _____

Передал _____

Акт возврата оборудования

город Москва

_____ 2024 г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - ФИО, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и ФИО, _____ года рождения, Документ не предоставлен серии № выдан адрес регистрации: _____ тел.: моб.+7(____)____-____, именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», подписали настоящий акт о нижеследующем.

На основании договора №_____/_____/X на оказание платных медицинских услуг Пациент Передал, а Исполнитель принял: комплекс аппаратно-программный носимый с цифровой записью суточного мониторинга АД «SCHILLER MT – 101 папо», зав. № _____, производства SCHILLER AG (Шиллер, Швейцария) в следующем комплекте:

- носимый регистратор ед.;
- комплект кабелей ед.;
- принадлежности:
- носитель информации (флеш-карта);
- аккумуляторы никель-металлогидридные марки/производителя ед.

Техническое состояние оборудования на момент оформления акта:

(описание видимых повреждений при наличии, исправности или неисправности)

Настоящий акт является неотъемлемой частью договора на оказание платных медицинских услуг от 6 июня 2023 г.

Настоящий акт составлен в двух экземплярах – по одному для каждой из Сторон.

Принял _____

Передал _____

К счету № _____ от _____
Период оказания услуг с _____ по _____

Акт об оказанных услугах

ФИО, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с одной стороны и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы» (129090, г. Москва, ул. Сухаревская Б., д. 3, ОГРН 1027739252067, Свидетельство о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц серия 77 №011734425, выданное Межрайонной инспекцией ФНС №46 по городу Москве, Лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО41-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице Администратора отдела организации внебюджетной деятельности - ФИО, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с другой стороны, в дальнейшем именуемые Стороны, составили настоящий акт о том, что Исполнитель по договору оказал Пациенту следующие услуги на сумму в соответствии с таблицей:

Пациент ФИО

№	Код	Наименование	Цена	Кол-во	Сумма с учётом скидки
1					

1. Стоимость услуг Исполнителя фактически оказанных по договору согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги Исполнителя составляет: _____ **руб. 00 коп.** (_____ руб. 00 коп.), НДС не облагается.

2. Объем и качество оказанных услуг соответствует требованиям договора выполнены в срок и полностью приняты Заказчиком. Заказчик не имеет претензий к Исполнителю относительно качества и объема оказанных услуг.

3. Оплата по договору составила _____ **руб. 00 коп.** (_____ руб. 00 коп.), НДС не облагается.

4. Настоящий акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с договором № _____/_____/X

5. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для Исполнителя и Заказчика.

Подписи Сторон:

Исполнитель
Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности
_____ ФИО

Заказчик
v _____ ФИО