

ДОГОВОР № _____
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 №Л041-01137-77/00572265 от 30 октября 2020 года, выданная Департаментом здравоохранения города Москвы) в лице отдела организации внебюджетной деятельности - **Сотрудник**, действующей на основании Доверенности № _____, именуемый в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и

ФИО _____ **Дата рожд.** ____-____-____

Документ _____ **№** _____ **выдан** _____

Адрес регистрации: _____ **Тел.: моб.+7(____)____-____-____**

именуемый в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика обязуется оказать ему/ей платные медицинские услуги по проведению клинико-диагностических исследований (далее по тексту – «медицинские услуги/медицинские исследования»), а Заказчик обязуется оплатить оказываемые Исполнителем медицинские услуги в полном объеме в соответствии с условиями настоящего Договора.

2. Перечень платных медицинских услуг, сроки их оказания определяются в Приложении, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора. Сроки ожидания предоставления медицинских услуг, предусмотренных п. 1 настоящего Договора, не должны превышать сроков ожидания медицинской помощи, предусмотренных законодательством РФ в сфере здравоохранения.

3. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Заказчику в рамках настоящего Договора, определяется на основании Приложения 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 (далее по тексту также - Прейскурант на платные медицинские услуги).

4. Заказчик производит предварительную оплату в размере 100% от стоимости оказываемых в рамках настоящего Договора услуг, указанных в Приложении к настоящему Договору. Факт оплаты подтверждается выданной Исполнителем Заказчику квитанцией об оплате.

5. Исполнитель по настоящему Договору принимает на себя следующие обязательства:

5.1. оказать Заказчику медицинские услуги в полном объеме в соответствии с настоящим Договором после внесения Заказчиком денежных средств и предоставления документов, подтверждающих оплату;

5.2. обеспечить надлежащий уровень оказания медицинских услуг в соответствии с порядками оказания медицинской помощи и стандартами медицинской помощи, утвержденными Министерством здравоохранения РФ;

5.3. не разглашать сведения, составляющие врачебную тайну (сведения о факте обращения Заказчика за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении), за исключением случаев предоставления сведений, указанных в части 4 статьи 13 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

6. Исполнитель вправе без получения дополнительного согласия Заказчика оказывать медицинские услуги с привлечением третьих лиц.

7. Исполнитель вправе отказаться от оказания какого-либо вида медицинской помощи при выявлении у Заказчика противопоказаний к оказываемым услугам, а также в случае невыполнения Заказчиком требований медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, невыполнения Заказчиком условий настоящего Договора.

8. Заказчик по настоящему Договору принимает на себя следующие обязательства:

8.1. своевременно и в полном объеме оплатить услуги, оказываемые Исполнителем, в соответствии с настоящим Договором;

8.2. выполнять все требования Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), обеспечивающие качественное оказание услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений.

9. Заказчик имеет право на получение информации, содержащей сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора, в том числе:

- о порядке оказания медицинской помощи и стандартах медицинской помощи, применяемых при предоставлении платных медицинских услуг;

- о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

- о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях и предполагаемых результатах оказания медицинской помощи;

- об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

10. Результаты исследований выдаются Заказчику при предъявлении Заказчиком настоящего Договора либо при предъявлении паспорта Заказчика.

11. В случае анонимного проведения клинико-диагностических исследований результаты сообщаются по телефону либо выдаются Заказчику при предъявлении настоящего Договора.

12. В случае отказа Заказчика после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему услуги и другие понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

13. В случае невозможности исполнения обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Заказчика, услуги подлежат оплате Исполнителю в полном объеме.

14. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

15. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством РФ.

16. Настоящим Заказчик дает свое информированное согласие на оказание платных медицинских услуг:

16.1. Я, получив от сотрудников Исполнителя 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, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг Исполнителем. Я подтверждаю, что мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и несколько видов услуг. Я осознаю, что используемая технология оказания медицинских(ой) услуг(и) не может полностью исключить вероятности возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями моего организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Исполнитель не несет ответственности за их возникновение. Я подтверждаю, что ознакомлен с правилами проведения исследований в рамках настоящего Договора. Я подтверждаю, что до заключения настоящего Договора я уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего здоровья. Я уведомлен о необходимости поставить в известность Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу) обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о принимаемых мною лекарственных средствах. Я уведомлен о необходимости сообщить правдивые сведения об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

16.2. Я подтверждаю, что ознакомлен с Прейскурантом на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», утвержденным приказом Исполнителя.

16.3. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 г. №1177н Я добровольно даю согласие на проведение: опроса, в том числе выявления жалоб, сбора анамнеза; осмотра, в том числе пальпации, перкуссии, аускультации, риноскопии, фарингоскопии, непрямой ларингоскопии, вагинального исследования (для женщин), ректального исследования; антропометрического исследования; термометрии; тонометрии; неинвазивных исследований органов зрения и зрительных функций; неинвазивных 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 электрокардиографии, суточного мониторирования артериального давления, суточного мониторирования электрокардиограммы, спирографии, пневмотахометрии, пикфлоуметрии, реоэнцефалографии, электроэнцефалографии, кардиотокографии (для беременных); рентгенологических методов обследования, в том числе флюорографии (для лиц старше 15 лет) и рентгенографии, ультразвукового исследования, доплерографических исследований; на введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикочно; на проведение медицинского массажа; лечебной физкультуры; инвазивных методов исследования: цистоскопии, фибротрехеобронхоскопии, эзофагогастродуоденоскопии, фиброколоноскопии, ректороманоскопии; инстилляций внутрипузырных. Перед обследованием на ВИЧ мною получена дотестовая консультация. Необходимость других методов обследования и лечения будет разъяснена мне Исполнителем дополнительно.

16.4. Я даю согласие на обработку необходимых персональных данных, в объеме и способами, указанными в ст. 3, ст. 11 Федерального закона № 152-ФЗ «О персональных данных».

16.5. Я даю согласие на получение результатов исследования по электронной почте: _____ (адрес электронной почты). Подписывая данное согласие, я проинформирован о том, что электронная почта является ненадежным каналом и передаваемая информация может стать известна третьим лицам. За взлом почтового ящика, утечку информации и неполучение отправленных результатов анализов Исполнитель ответственности не несет. Оставляю за собой право отозвать настоящее согласие посредством составления соответствующего письменного заявления.

17. Стороны пришли к соглашению о допустимости использования Исполнителем факсимильного воспроизведения подписи при подписании настоящего Договора и приложений к нему.

18. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах по одному для каждой из Сторон.

19. Все вопросы, не урегулированные настоящим Договором, решаются в соответствии с законодательством РФ.

20. Стороны соглашаются с тем, что Заказчик 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.

21. По завершении оказания медицинских услуг Заказчику 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.

√ _____ ФИО

Уведомление Заказчика

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» (Исполнитель), уведомляет заказчика 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 заказчика.

Получил √ _____ ФИО

Исполнитель: _____ Сотрудник

Перечень платных медицинских услуг

город Москва

_____ 2024 г.

Пациент ФИО

№	Код	Наименование	Цена	Кол-во	Сумма с учётом скидки
1					
2					
3					

Ориентировочная итоговая сумма (все медицинские услуги): _____ руб. 00 коп. (_____ руб. 00 коп.), НДС не облагается.

v _____ ФИО

Подписи Сторон:

Исполнитель
Администратор отдела организации
внебюджетной деятельности
_____ ФИО

Заказчик
v _____ ФИО

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 Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения) в лице администратора отдела организации внебюджетной деятельности - _____, 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

N	Код	Наименование	Цена	Кол-во	Сумма со скидкой
1					

1.Стоимость услуг Исполнителя фактически оказанных по договору согласно Прейскуранту на платные медицинские услуги Исполнителя составляет: _____руб. 00 коп. (_____ руб. 00 коп.).

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.) рублей.

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

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

Подписи Сторон:

Исполнитель
Отдел организации
внебюджетной деятельности
_____ ФИО

Заказчик

v _____ ФИО