

**Договор №  
на предоставление платных медицинских услуг**

г. Москва

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», ОГРН 1027739644360, зарегистрировано Межрайонной инспекцией Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, лицензия на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-019882, выданная 21 апреля 2020г. (бессрочная), выданная Департаментом здравоохранения города Москвы - адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел.: +7 (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем Учреждением, в лице \_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя и отчество (последнее - при наличии))  
действующего(-ей) на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))  
именуемый(-ая) в дальнейшем Пациентом, с другой стороны, далее совместно именуемые Сторонами и каждая в отдельности Стороной, в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утверждёнными постановлением Правительства Российской Федерации от 4 октября 2012г. № 1006 и Правилами оказания платных услуг гражданам и юридическим лицам государственными организациями системы здравоохранения города Москвы, утверждёнными приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 2 октября 2013 г. № 944, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. В соответствии с настоящим Договором Учреждение, действуя с добровольного согласия Пациента, обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи, а Пациент обязуется оплатить оказанные ему медицинские услуги.

1.2. В соответствии с настоящим договором Пациенту предоставляются следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость, руб.

1.3. При заключении настоящего Договора Пациенту в доступной форме предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объёмов 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.

1.4. На момент подписания настоящего Договора Пациент ознакомлен с действующим Прейскурантом цен на платные медицинские услуги Учреждения, понимает содержащуюся в нём информацию и согласен с действующими ценами на платные медицинские услуги.

1.5. До заключения настоящего Договора Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента.

**2. Права и обязанности Сторон**

**2.1. Учреждение обязуется:**

2.1.1. Предоставлять платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать

требованиям, предъявляемым к медицинским услугам соответствующего вида.

2.1.2. Обеспечить Пациента доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о режиме работы Учреждения, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг.

2.1.3. Оказывать медицинские услуги в полном объёме в соответствии с условиями настоящего Договора после внесения Пациентом денежных средств в порядке, определённом разделом 3 настоящего Договора, и предоставления документов, подтверждающих оплату, с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.

2.1.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим Договором, предупредить об этом Пациента.

Без согласия Пациента Учреждение не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.5. В случае если при предоставлении платных 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 оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.1.6. Вести необходимую медицинскую документацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2.1.7. После исполнения настоящего Договора выдать Пациенту (законному представителю Пациента) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

2.1.8. Немедленно извещать Пациента о невозможности оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению или увеличению объёма оказываемых платных медицинских услуг, что оформляется дополнительным соглашением к настоящему Договору.

## **2.2. Учреждение вправе:**

2.2.1. При выявлении противопоказаний к оказываемым медицинским услугам отказать Пациенту в их предоставлении.

2.2.2. В одностороннем порядке изменять предварительно определённый объём и виды предоставляемых медицинских услуг, в случае, если существует угроза жизни Пациента.

## **2.3. Пациент обязуется:**

2.3.1. Предоставить Учреждению данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведённых вне Учреждения (при их наличии), о наличии социально значимых, наследственных заболеваний, предшествующих хирургическим вмешательствам, травмах, а также сообщить в интересах своего здоровья и в целях качественного оказания медицинских услуг все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

2.3.2. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации Учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения в интересах своего здоровья и в целях качественного оказания медицинских услуг.

2.3.3. Оплатить стоимость, выбранных им платных медицинских услуг, в сроки и в порядке, определённые настоящим Договором.

2.3.4. Подписать Акт предоставленных медицинских услуг, по прилагаемой к настоящему Договору форме, после предоставления медицинских услуг, с указанием всех оказанных медицинских услуг и их стоимости. В случае не подписания Пациентом указанного акта и непредставления письменного мотивированного отказа от подписания в течение двух календарных дней после предоставления медицинских услуг, услуги считаются принятыми Пациентом в полном объёме.

## **2.4. Пациент имеет право:**

2.4.1. Получить сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности.

2.4.2. Отказаться от получения платных медицинских услуг, при этом Пациент оплачивает Учреждению, фактически понесённые им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

## **3. Стоимость, сроки и порядок оплаты**

3.1. Стоимость платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, составляет \_\_\_\_\_.

(цифрами и прописью)

3.2. Стоимость медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, определяется на основании утверждённого действующего прейскуранта на медицинские услуги, оказываемые в Учреждении на дату заключения Договора.

3.3. Оплата производится Пациентом на условиях 100% авансового платежа на лицевой счёт Учреждения, открытый в финансовом органе, исполняющем бюджет, в безналичном порядке, либо в кассу Учреждения.

3.4. Пациенту в соответствии с законодательством Российской Федерации выдаётся документ, подтверждающий произведённую оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.5. При необходимости выполнения дополнительных медицинских услуг они предоставляются с согласия Пациента на условиях 100% авансового платежа.

3.6. По настоящему договору Учреждение не предоставляет право на льготное обслуживание и получение льготных рецептов.

3.7. При невозможности исполнения Учреждением обязательств по настоящему Договору, возникших по вине Пациента, либо в случае досрочного расторжения Договора по инициативе Пациента, стоимость оказанных услуг и понесённых Учреждением расходов подлежат оплате в полном объёме.

#### **4. Порядок предоставления платных медицинских услуг**

4.1. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Пациента (законного представителя Пациента), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

4.2. Учреждение предоставляет Пациента (законному представителю Пациента) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

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

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

#### **5. Ответственность Сторон**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, принятых по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. Все споры, возникшие между Пациентом и Учреждением, разрешаются по соглашению Сторон либо в суде в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение условий Договора в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы (стихийные бедствия, военные действия, массовые забастовки, запретительные меры органов государственной власти др.), а также в иных случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

#### **6. Порядок изменения и расторжения договора**

6.1. Настоящий договор может быть изменён и расторгнут в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6.2. В случае отказа Пациента после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг настоящий Договор расторгается. Учреждение информирует Пациента о расторжении настоящего Договора по инициативе Пациента, при этом Пациент оплачивает Учреждению фактически понесённые Учреждением расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

6.3. При неисполнении Пациентом обязательств по настоящему Договору он может быть расторгнут до истечения срока его действия по инициативе Учреждения в одностороннем порядке. При этом перерасчёт стоимости платных медицинских услуг и возврат денежных средств Пациенту за вычетом фактически понесённых Учреждением расходов производится после подписания Сторонами Акта предоставленных медицинских услуг.

6.4. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору, не противоречащие действующему законодательству Российской Федерации, оформляются дополнительными соглашениями Сторон в письменной форме.

## 7. Прочие условия

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

7.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

## 8. Адреса, реквизиты и подписи Сторон

### Учреждение:

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения города Москвы «Городская  
клиническая онкологическая больница № 1  
Департамента здравоохранения города Москвы»  
105005, г.Москва, ул. Бауманская, д.17/1  
ОГРН: 1027739644360  
ИНН/КПП 7701008191/770101001  
Департамент финансов города Москвы  
(ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» л/с 2605441000450442)  
р/с 40601810245253000002 в ГУ Банка России по  
ЦФО г.Москва 35,  
БИК 044525000  
ОКТМО 45375000  
Телефон: +7(499) 261-20-72

\_\_\_\_\_  
(должность представителя Учреждения)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

МП

/\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)

### Пациент:

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ,  
удостоверяющий личность)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(подпись)

/\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)

АКТ  
предоставленных платных медицинских услуг

г.Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем Учреждением, в лице \_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя и отчество (последнее - при наличии))

действующего(-ей) на основании \_\_\_\_\_, с одной стороны, и

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество (после – при наличии))

именуемый(-ая) в дальнейшем Пациентом, с другой стороны, далее совместно именуемые Сторонами, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. Учреждение на основании договора предоставления платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_ предоставило Пациенту, а Пациент оплатил следующие платные медицинские услуги:

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость, руб.

Итого:

2. Все медицинские услуги, указанные в пункте 1 настоящего акта, оказаны в полном объеме, претензий к качеству оказанных Учреждением платных медицинских услуг Пациент не имеет.

3. Настоящий акт составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, и хранится по одному у каждой из Сторон.

**Учреждение:**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская клиническая онкологическая больница № 1 Департамента здравоохранения города Москвы»  
105005, г.Москва, ул. Бауманская, д.17/1  
ОГРН: 1027739644360  
ИНН/КПП 7701008191/770101001  
Департамент финансов города Москвы  
(ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» л/с 2605441000450442)  
р/с 40601810245253000002 в ГУ Банка России по ЦФО г.Москва 35,  
БИК 044525000  
ОКТМО 45375000  
Телефон: +7(499) 261-20-72

\_\_\_\_\_  
(должность представителя Учреждения)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)

МП

**Пациент:**

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии))

\_\_\_\_\_  
(дата рождения)

\_\_\_\_\_  
(вид документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства)

\_\_\_\_\_  
(контактный телефон (при наличии))

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)