Договор № ___
на предоставление платных медицинских услуг

г. Москва __.0__.2022

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 (последнее – при наличии)
именуемый(-ая) в дальнейшем Пациентом, с другой стороны, далее совместно именуемые Сторонами и каждая в отдельности Стороной, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В соответствии с настоящим Договором Учреждение обязуется оказать Пациенту на возмездной основе медицинские услуги, а Пациент обязуется оплатить оказанные ему медицинские услуги.

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

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Стоимость

1.3. 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. С лицензией на оказание медицинских услуг Пациент может ознакомиться на официальном сайте Учреждения: https://gkob1.ru/about/registracionnye-i-normativnye-dokumenty/

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.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.

2.2. 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 хирургических вмешательствах, 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. В случае отказа от подписания Пациентом указанного акта без представления 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:

2.4.2. 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 0,00 (Ноль руб. 00 коп.)

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. 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. Прочие условия договора

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

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

4.3. 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.

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

4.5. Любые изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются дополнительными соглашениями Сторон в письменной форме.

4.6. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания Сторонами и действует до ___

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

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 03224643450000007300 в ГУ Банка России по ЦФО г.Москва 35,
БИК 004525988
ОКТМО 45375000
Телефон: +7(499) 261-20-72

Кассир
(должность представителя Учреждения)

_____ / _____
(подпись) (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

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 21.03.2022 № 1908 предоставило Пациенту, а Пациент оплатил следующие платные медицинские услуги:

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Цена	Стоимость

Итого: 0,00 (Ноль руб. 00 коп.)

2. Все медицинские услуги, указанные в пункте 1 настоящего акта, оказаны в полном объёме, 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 03224643450000007300 в ГУ Банка России по ЦФО г.Москва 35,
БИК 004525988
ОКТМО 45375000
Телефон: +7(499) 261-20-72

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)

Кассир
(должность представителя Учреждения)

_____ / _____
(подпись) (И.О.Фамилия)

_____ / _____
(подпись) (И.О.Фамилия)