

## ДОГОВОР № об оказании платных услуг

г. Москва

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы “Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы”, в лице Главного врача Кижеватовой Т.А., действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем “Исполнитель”, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_,

(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)

именуемый в дальнейшем “Заказчик”, законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_,

(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)

именуемого в дальнейшем “Потребитель”, и “Потребитель” в случае достижения последним 14-летнего возраста, с другой стороны, именуемые в дальнейшем “Стороны”, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

### 1. Предмет Договора

1.1. Филиал № 2 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы “Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы” (далее – Филиал Исполнителя, Филиал № 2 ГБУЗ “ДГП № 58 ДЗМ”), в лице Заведующего филиалом - врача-педиатра Шиловой Г.Л., действующего на основании доверенности от 01.07.2013г. № Ф2\13, принимает на себя обязательства и гарантирует своевременно, качественно и в полном объеме оказывать Потребителю (Заказчику) **платные медицинские услуги** (далее - Услуги), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, на основании имеющейся лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-018362, выданной 09.07.2019г. Департаментом здравоохранения города Москвы<sup>1</sup>.

Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя указан в соответствии с вышеуказанной лицензией, *копия лицензии прилагается.*

Филиал Исполнителя - обособленное подразделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы “Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы”, непосредственно осуществляет исполнение настоящего Договора.

1.2. Потребитель (Заказчик) обязуется производить своевременно и в полном объеме оплату, предоставляемых Услуг в соответствии со Сметой на предоставление платных услуг, далее – Смета, (Приложение № 2), по ценам Прейскуранта цен на платные услуги, а также выполнять требования Филиала Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление Услуг.

1.3. Виды оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения, рекомендованные Потребителю (Заказчику) указаны в **Дополнительном соглашении**, далее – Соглашение, (Приложение № 3).

### 2. Права и обязанности Сторон

#### 2.1. Филиал Исполнителя обязан:

2.1.1. производить диагностическое обследование Потребителя (Заказчика), необходимое и достаточное для определения объема и характера оказываемых Потребителю (Заказчику) Услуг;

<sup>1</sup> Адрес место нахождения **Управления лицензирования и аккредитации Департамента здравоохранения города Москвы:** город Москва, площадь Журавлева, дом 12, тел.: (495)-652-82-46, факс: (495)-962-13-33

2.1.2. привлекать при необходимости в качестве консультантов квалифицированных специалистов различных медицинских профилей;

2.1.3. оказывать Услуги качественно и в объеме в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями;

2.1.4. соблюдать врачебную этику и деонтологию;

2.1.5. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

2.1.6. предоставлять Потребителю (Заказчику) бесплатную, доступную, достоверную информацию в том числе: о режиме работы Исполнителя, в т.ч. Филиала Исполнителя, перечне Услуг с указанием их стоимости, об условиях оказания Услуг, лицензии на осуществление медицинской деятельности и т.д.;

2.1.7. соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной от Потребителя (Заказчика), включая его персональные данные, а также информации, полученной в ходе оказания Услуг, не передавать указанную информацию кому бы то ни было без соответствующего разрешения Потребителя (Заказчика);

2.1.8. извещать Потребителя (Заказчика) о необходимости изменения программы лечения, сметы расходов, сроков и иных условий оказания Услуг, согласованных в настоящем Договоре и Приложениях к настоящему Договору;

2.1.9. информировать Потребителя (Заказчика) о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения;

2.1.10. обеспечивать соответствующую медицинскую подготовку квалифицированных специалистов, что подтверждается действующими сертификатами специалистов;

2.1.11. предоставлять по запросу Потребителя (Заказчика) необходимые документы (справки, выписки, копии медицинских документов и пр.), в том числе для получения Потребителем (Заказчиком) налоговых льгот.

## **2.2. Филиал Исполнителя вправе:**

2.2.1. требовать от Потребителя (Заказчика) соблюдения: графика прохождения процедур; внутреннего режима пребывания в учреждении здравоохранения; режима приема лекарственных препаратов, режима питания и других предписаний;

2.2.2. определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов лечения;

2.2.3. в случае возникновения неотложного состояния Потребителя (Заказчика), Филиал Исполнителя имеет право самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором;

2.2.5. использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя (Заказчика), достаточных для его идентификации;

2.2.6. изменять сроки, Смету и иные условия оказания Услуг в случае, если подобные изменения обусловлены состоянием здоровья Потребителя (Заказчика), при возникновении неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи Потребителю (Заказчику), либо необходимостью привлечения в процессе лечения дополнительных медикаментов либо услуг квалифицированных специалистов, которые отсутствуют у Филиала Исполнителя.

2.2.7. расторгнуть настоящий Договор с Потребителем (Заказчиком) в случае указанном в пп. 2.4.4.

## **2.3. Потребитель (Заказчик) обязан:**

2.3.1. сообщать квалифицированному специалисту подробную информацию о состоянии своего здоровья, отягощенной наследственности, все сведения о перенесенных и имеющихся у него заболеваниях, известных Потребителю (Заказчику) аллергических реакциях, о наличии противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, другую информацию, влияющую на лечение, указанное в **Добровольном информированном согласии на оказание платных медицинских услуг**, далее – *Согласие*, (*Приложение № 1*);

2.3.2. выполнять все требования квалифицированных специалистов Филиала Исполните-

ля в период прохождения всего курса лечения;

2.3.3. соблюдать график приема квалифицированных специалистов;

2.3.4. соблюдать Правила внутреннего трудового распорядка и режим нахождения в учреждении здравоохранения;

2.3.5. при прохождении курса лечения сообщать квалифицированному специалисту о любых изменениях самочувствия;

2.3.6. при прохождении всего курса лечения отказаться от употребления наркотиков, психотропных препаратов, алкоголя и т.д.;

2.3.7. согласовывать с квалифицированным специалистом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и т.д.;

2.3.8. своевременно производить оплату оказываемых Услуг в сумме, указанной в Смете и Соглашении, и по окончании оказания Услуг производить окончательный расчет.

#### **2.4. Потребитель (Заказчик) вправе:**

2.4.1. требовать от Филиала Исполнителя расчета стоимости оказываемых Услуг;

2.4.2. выбрать квалифицированного специалиста из специалистов оказывающих Услуги;

2.4.3. получать от Филиала Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т. д.;

2.4.4. отказаться в письменной форме от медицинского вмешательства, в этом случае Стороны расторгают настоящий Договор;

2.4.5. требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны);

2.4.6. давать Согласие по установленной Филиалом Исполнителя форме на любое медицинское вмешательство;

2.4.7. отказаться от получения Услуг полностью или частично;

2.4.8. предъявлять претензии, требовать возмещения ущерба, отказаться от оплаты в случае ненадлежащего оказания Услуг.

### **3. Порядок предоставления медицинских услуг**

3.1. При заключении настоящего Договора Потребитель (Заказчик) подписывает Согласие, Филиал Исполнителя составляет Смету, в которой определяется: код услуги; наименование услуги по Прейскуранту цен на платные услуги; количество услуг; цена услуги в руб.; общая стоимость в руб.

3.2. В ходе оказания Услуг объем, количество, цена и стоимость Услуг могут быть скорректированы Филиалом Исполнителя.

3.3. При проведении различных манипуляций (диагностических, лечебных, инструментальных и пр.) и медицинских вмешательств, Потребитель (Заказчик) подписывает Согласие, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4. При оказании Услуг Потребителю (Заказчику) с привлечением иных медицинских учреждений, Филиал Исполнителя гарантирует координацию действий медицинского персонала, обеспечивает получение и предоставление полноценной и достоверной информации о ходе обследования и лечения.

### **4. Стоимость и порядок оплаты услуг**

4.1. Стоимость Услуг устанавливается в российских рублях по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом цен на платные услуги.

4.2. Оплата Услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в порядке 100 (ста) % предоплаты суммы, указанной в Смете и/или Соглашении, путем внесения наличных денежных средств, через **платежный терминал оплаты**, установленный в здании учреждения, либо непосредственно в **кассу** Филиала Исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения с согласия Потребителя (Заказчика), стоимость услуг может быть изменена Филиалом Исполнителя. Изменение стоимости с учетом уточненного диагноза и иных затрат на лечение должно быть произведено путем подписания обеими Сторонами Соглашения.

4.4. По окончании предоставления Услуг Потребитель (Заказчик) производит оконча-

тельный расчет с Филиалом Исполнителя за оказанные Услуги в полном объеме.

## **5. Ответственность Сторон**

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

5.2. Стороны установили, что Филиал Исполнителя освобождается от какой-либо ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по оказанию Услуг, если это было обусловлено:

- не предоставлением Потребителем (Заказчиком) квалифицированному специалисту Филиала Исполнителя надлежащей информации, равно как и предоставление недостоверной, неполной или заведомо ложной информации;

- нарушением Потребителем (Заказчиком) Правил внутреннего трудового распорядка учреждения;

- неисполнением Потребителем (Заказчиком) предписаний квалифицированных специалистов Филиала Исполнителя;

- осуществлением Потребителем (Заказчиком) на любой стадии лечения каких-либо не согласованных с квалифицированным специалистом действий, прямо или косвенно влияющих на ход проводимого курса лечения (в том числе самолечение, использование рекомендаций третьих лиц);

- сокрытие или несвоевременное предоставление Потребителем (Заказчиком) сведений квалифицированному специалисту о произошедшем ухудшении состояния здоровья.

5.3. Исполнитель несет ответственность за некачественное оказание Услуг, при условии подтверждения такого некачественного оказания, согласно положениям действующего законодательства Российской Федерации. При этом Стороны договорились о возложении бремени такого доказывания на Потребителя (Заказчика).

5.4. В случае причинения вреда здоровью или жизни Потребителя (Заказчика) по вине Филиала Исполнителя Исполнитель несет ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.6. Исполнитель освобождается от ответственности в случае не соблюдения Потребителем (Заказчиком) обязанностей, предусмотренных п. 2.3. настоящего Договора.

5.7. В случае несвоевременной оплаты оказанных услуг Потребителем (Заказчиком), Филиал Исполнителя вправе:

- приостановить предоставление Услуг Потребителю (Заказчику), до полного погашения образовавшейся задолженности, за исключением состояний, угрожающих жизни Потребителя (Заказчика);

- потребовать от Потребителя (Заказчика) уплаты неустойки в размере 0,5 (ноль целых пять десятых) % от неуплаченной суммы, за каждый календарный день просрочки платежа.

5.8. В случае невозможности исполнения, возникшей по вине Потребителя (Заказчика), Услуги подлежат оплате в полном объеме.

В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон не отвечает, Потребитель (Заказчик) возмещает Филиалу Исполнителя фактически понесенные им расходы.

5.9. В случае одностороннего отказа от исполнения настоящего Договора Потребитель (Заказчик) вправе отказаться от исполнения Договора при условии оплаты Филиалу Исполнителя фактически понесенных им расходов. Филиал Исполнителя вправе отказаться от исполнения обязательств по Договору лишь при условии полного возмещения Потребителю (Заказчику) убытков.

## **6. Порядок разрешения споров**

6.1. Потребитель (Заказчик) и Филиал Исполнителя примут все меры к разрешению всех споров и/или разногласий, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, путем переговоров.

6.2. В случае если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

## 7. Общие положения

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

7.2. Все приложения к настоящему Договору, акты, заявления, согласия являются его неотъемлемыми частями.

7.3. После подписания настоящего Договора все предыдущие письменные и устные соглашения, переговоры и переписка между Сторонами теряют силу, если на них отсутствует ссылка в настоящем Договоре.

7.4. Настоящий Договор подписан в 3 (трех) экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один из которых находится у Филиала Исполнителя, второй – у Заказчика, третий – у Потребителя. В случае если Договор заключается Потребителем и Филиалом Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

7.5. Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 201\_ г. включительно.

7.6. По вопросам, не отраженным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются нормами действующего законодательства Российской Федерации.

## 8. Адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон

### Потребитель:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по месту жительства по адресу:

Проживает по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан кем, когда: \_\_\_\_\_

код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)

### Заказчик:

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Зарегистрирован по месту жительства по адресу:

Проживает по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выдан кем, когда: \_\_\_\_\_

код подразделения: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О)

### Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы “Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы”

Место нахождения: 123458, г. Москва, ул. Твардовского, д. 5, кор. 4

Почтовый адрес: 123458, г. Москва, ул. Твардовского, д. 5, кор. 4

Место нахождения филиала: 123182, г. Москва, ул. Новошукунинская, д. 10, корп. 2  
ИНН 7734252371 КПП 773401001 (773443003)

ОГРН 1037734006804 от 17.03.2003г.

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ДГП № 58 ДЗМ» л/с 260544200830514)

р/с № 40601810000003000002 в Отделении 1 Москва

БИК 044583001

Заведующий филиалом - врач-педиатр

\_\_\_\_\_  
(подпись) /Шилова Г.Л./

М.П.

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ  
на оказание платных услуг**

г. Москва

“\_\_\_” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_,  
(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)

законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_

(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)

в рамках Договора об оказании платных услуг желаю получить **платные медицинские услуги** (далее – Услуги) в Филиале № 2 ГБУЗ “ДГП № 58 ДЗМ”, при этом мне **разъяснено и мною осознано следующее:**

1. получив от представителя Филиала Исполнителя полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках Программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Услуг и готов их оплатить за счет собственных средств;
2. разъяснено, что я могу получить как один, так и несколько видов Услуг;
3. разъяснено и я осознал(а), что проводимое лечение мне **не гарантирует** 100 (сто) % результат, и что при проведении операции и после нее, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде возможны различные осложнения;
4. согласен(на) с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда Услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, Филиал Исполнителя **не несет** ответственности за их возникновение;
5. осознал(ю) и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен(на) исполнять все назначения, рекомендации и советы квалифицированных специалистов;
6. ознакомлен(на) с действующим Прейскурантом цен на платные услуги и согласен(на) оплатить стоимость указанной Услуги в соответствии с ним;
7. виды выбранных мною Услуг согласованы с квалифицированным специалистом, и **я даю свое согласие на их оплату;**
8. проинформирован(на), что по поводу имеющегося у меня заболевания могу получить медицинскую помощь в других лечебных учреждениях здравоохранения, и **подтверждаю** свое согласие на получение указанной Услуги в Филиале № 2 ГБУЗ “ДГП № 58 ДЗМ”.

**Настоящее согласие мною прочитано вслух, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов Услуг и даю свое согласие на их применение.**

**Потребитель:** \_\_\_\_\_  
(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Заказчик:** \_\_\_\_\_  
(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

**Филиал Исполнителя:**

\_\_\_\_\_  
(подпись) Заведующий филиалом - врач-педиатр / Шилова Г.Л.

**СМЕТА**  
**на предоставление платных услуг**

**Заказчик:** \_\_\_\_\_  
*(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)*

**Потребитель:** \_\_\_\_\_  
*(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)*

№ П/П	Код услуги	Наименование услуги по Прейскуранту цен на платные услуги	Кол-во услуг	Цена услуги, руб.	Сумма НДС	Общая стоимость, руб.	Всего с НДС
					-		
					-		
					-		
					-		
					-		
					-		
<b>Всего:</b>							

**Филиал Исполнителя:**

\_\_\_\_\_ Заведующий филиалом - врач-педиатр / Шилова Г.Л.  
*(подпись)*

**Потребитель:** \_\_\_\_\_  
*(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

**Заказчик:** \_\_\_\_\_  
*(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

## ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

г. Москва

“\_\_\_” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы “Детская городская поликлиника № 58 Департамента здравоохранения города Москвы”**, в лице Главного врача Кижеватовой Т.А., действующего на основании Устава, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-018362, выданной 09.07.2019г. Департаментом здравоохранения город Москвы, именуемое в дальнейшем “**Исполнитель**”, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_,

*(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)*

именуемый в дальнейшем “**Заказчик**”, законный представитель несовершеннолетнего \_\_\_\_\_,

*(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)*

именуемого в дальнейшем “**Потребитель**”, и “**Потребитель**” в случае достижения последним 14-летнего возраста, с другой стороны, именуемые в дальнейшем “**Стороны**” заключили настоящее Дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. В соответствии с пп. 2.1.8. и п. 3.2. Договора на оказание платных услуг от “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, Потребитель (Заказчик) выражает **свое согласие на оказание дополнительных Услуг по результатам обследования и лечения**, оказываемых по настоящему Договору и оплату дополнительных Услуг.

2. Стороны пришли к соглашению о **стоимости дополнительных Услуг**:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Филиал Исполнителя:**

\_\_\_\_\_ Заведующий филиалом - врач-педиатр / Шилова Г.Л.

*(подпись)*

**Потребитель:** \_\_\_\_\_

*(полностью Фамилия, Имя, Отчество, дата рождения несовершеннолетнего)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*

**Заказчик:** \_\_\_\_\_

*(полностью Фамилия, Имя, Отчество представителя)*

\_\_\_\_\_

*(подпись)*