

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ НА АНОНИМНОЙ ОСНОВЕ

город Москва

_____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская клиническая больница им. А.К. Ерамишанцева Департамента здравоохранения г.Москвы", именуемое в дальнейшем «Исполнитель» в лице _____, действующей на основании _____, лицензия на медицинскую деятельность № Л041-01137-77/00574895 от 20 ноября 2020 года (выданная Департаментом здравоохранения г. Москвы, Адрес: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +74992518300), и гражданин, желающий получить платную услугу на анонимной основе, именуемый в дальнейшем

ПОТРЕБИТЕЛЬ

_____ (фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон)

ЗАКАЗЧИК

_____ (фамилия, имя, отчество, адрес места жительства, телефон ЗАКАЗЧИКА)

1. Особые условия договора

1.1. Основные понятия:

«платные услуги» - платные медицинские услуги и другие услуги, оговоренные в Уставе ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ", далее по тексту услуги, предоставляемые на возмездной основе (за плату) за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров;

«потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные услуги лично в соответствии с договором;

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) услуги в пользу потребителя на основании договора.

1.2. До заключения договора Исполнитель в письменной форме уведомил (путём подписания уведомления, являющегося Приложением №1 к настоящему Договору и его неотъемлемой частью) Потребителя (а при наличии Заказчика и его) о том, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, самовольный уход из подразделения Исполнителя, где оказывается услуга, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения оказания услуги в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

1.3. При заключении договора Потребителю (Заказчику) предоставлена информация о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в виде уведомления (Приложение №1).

1.4. Исполнитель предоставил (а Потребитель (Заказчик) полностью удовлетворен предоставленным) посредством размещения на сайте www.gkbe.ru в сети «Интернет», а также на информационных стендах наименование и фирменное наименование Исполнителя, адрес места нахождения, сведения о номере и дате регистрации, перечне работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, адрес места нахождения и телефон выдавшего Исполнителю лицензию лицензирующего органа;

перечень платных медицинских и других услуг с указанием цены в рублях; сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты; порядок и условия предоставления медицинской помощи в рамках программ, указанных в п. 1.3. договора; адреса и телефоны Департамента здравоохранения и Управления Росздравнадзора по СВАО в г. Москве.

2. Перечень услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором

2.1. Перечень платных медицинских и других услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, указывается в Приложении №2 (Смета амбулаторного или стационарного обследования и лечения пациента) к настоящему Договору, данное Приложение является неотъемлемой частью настоящего Договора. Смета составляется на основании действующего Прейскуранта платных услуг, оказываемых ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ".

2.2. Исполнитель оставляет за собой право изменять и дополнять Прейскурант услуг на основании приказа главного врача больницы.

3. Условия и сроки предоставления платных услуг, стоимость, сроки, порядок оплаты

3.1. Исполнитель оказывает услуги по настоящему Договору в подразделениях ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ", по адресу: 129327 г. Москва, ул. Ленская, д. 15.

3.2. Исполнитель оказывает Потребителю на возмездной основе услуги, в соответствии с медицинской лицензией, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации. Потребитель (Заказчик) обязуется оплачивать стоимость предоставляемых услуг, а также выполнять требования Исполнителя, обеспечивающие качественное предоставление услуг, включая сообщение в полном и исчерпывающем объеме необходимых для этого сведений.

3.3. Предоставление платных услуг по настоящему Договору происходит в порядке, определенном Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг в ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ".

3.3.1. Исполнитель формирует предварительную смету амбулаторного или стационарного обследования и лечения пациента (Приложение №2) и предоставляет для подписания Потребителю и (или) Заказчику.

3.4. Стоимость услуг определяется согласно смете, являющейся неотъемлемой частью Договора, подписывается сторонами в момент заключения Договора.

3.5. Оплата услуг осуществляется в полном объеме согласно смете в момент заключения договора в порядке 100% предоплаты путем внесения денежных средств через платежные терминалы Банков, через учреждения Банков, через кассу Исполнителя. Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий Потребителем (Заказчиком) оплату предоставленных услуг (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

3.6. Договор действует с момента заключения в течение всего периода, необходимого для полного выполнения предоставляемых услуг.

3.7. В случае пересмотра видов услуг в процессе лечения, составляется дополнительная смета, включающая в себя изменения и дополнения, производится расчет доплаты (возврата) денежных средств по Договору и оформляется Дополнительное соглашение к Договору (Приложение №5). Доплата по Договору производится в порядке, оговоренном в п.3.5. настоящего Договора.

3.8. Возврат денежных средств Потребителю (Заказчику) за не оказанные услуги осуществляется в течение 5 рабочих дней при предъявлении паспорта, Договора на

оказание платных услуг, чека или квитанции об оплате и согласованному сторонами Акту выполненных работ (Приложение №4).

3.9. В случае отказа от оплаты Потребителя, нуждающегося в оказании платных медицинских услуг после получения медицинской помощи по поводу состояний, представляющих угрозу жизни пациента, Потребитель подлежит выписке. Факт отсутствия угрозы жизни Потребителя, подтверждается заключением консилиума в день отказа от оказания платных медицинских услуг.

3.10. Исполнитель имеет право отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Потребителем (Заказчиком) медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

3.11. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае отказа Потребителя от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством РФ об охране здоровья граждан.

3.12. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя и (или) Заказчика, оплата платных услуг осуществляется Потребителем (Заказчиком) в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4. Права и обязанности сторон.

Исполнитель

обязуется:

4.1. Своевременно и качественно оказывать платные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

4.2. Оказать Потребителю на возмездной основе (за плату) медицинские услуги с привлечением квалифицированных врачей и иного медицинского и обслуживающего персонала. Медицинские услуги оказываются Потребителю лечащим врачом, другими врачами и специалистами Исполнителя.

4.3. В своей деятельности по оказанию медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты и дезинфекционные средства, разрешенные к применению в установленном действующим законодательством порядке. Провести Потребителю необходимый объем исследований и консультаций для установления диагноза, обеспечить качественное ведение медицинской документации.

4.4. Предоставить Потребителю в доступной форме достоверную информацию о состоянии его здоровья, результатах обследования, диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского, в т.ч. хирургического вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.

4.5. В случае, если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, такие медицинские услуги оказывать без взимания платы в соответствии с ФЗ от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.6. Предоставить Потребителю после исполнения договора медицинские документы, отражающие состояние его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских

услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

В случае обращения Потребителя за копией медицинских документов, выписки из медицинских документов, справкой об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы РФ документы будут предоставлены, если ФИО Потребителя будет подтверждено удостоверением личности.

Потребитель обязуется:

4.7. Подробно информировать медицинский персонал Исполнителя об имеющихся заболеваниях, ранее перенесенных травмах, операциях, отравлениях, наследственных заболеваниях, непереносимости лекарств и других аллергических реакциях.

4.8. Пройти предписанный врачами комплекс диагностических, лабораторных и инструментальных обследований. Выполнять все предписания лечащего врача и медицинского персонала. Являться на осмотры, обследования и лечение в установленное врачом время.

4.9. Подтверждать личной подписью:
- свое согласие с предложенными методами лечения, в том числе с предстоящими оперативными вмешательствами, анестезиологическим пособием, с учетом их возможных осложнений и других последствий;
- факт ознакомления со сведениями о предоставляемых платных медицинских услугах;
- производить оплату медицинских услуг по расценкам прейскуранта, с которыми Потребитель ознакомился при заключении настоящего Договора.

4.10. В случае расширения объема оперативного вмешательства Потребитель (Заказчик) обязан оплатить стоимость дополнительной услуги. Если расширение объема операции или метода обезболивания произошло по вине Исполнителя, дополнительная оплата не взимается.

4.11. Потребитель соглашается с тем, что:
- при предварительном осмотре или в период оказания платной медицинской услуги может возникнуть необходимость проведения дополнительных (специализированных) методов обследования, которые осуществляются Исполнителем и подлежат дополнительной предварительной оплате;
- если в ходе операции возникнет острое состояние, требующее в интересах Потребителя расширения объема оперативного вмешательства, и (или) изменения метода обезболивания, а Потребитель не в состоянии выразить свою волю, такое вмешательство проводится по решению консилиума врачей.

4.12. По окончании договора стороны подписывают двухсторонний акт о выполнении работы по оказанию платной услуги (Приложение №4).

4.13. В случае самовольного оставления Потребителем медицинского учреждения Исполнителя акт составляется комиссией Исполнителя в одностороннем порядке.

4.14. Предоставить письменное согласие на обработку Исполнителем его персональных данных (Приложение № 3).

4.15. Удостоверить своей подписью с полной расшифровкой своих фамилии, имени и отчества Договор и Приложения к Договору.

4.16. Прибыть для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время.

4.17. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

5. Ответственность сторон

5.1. За невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

5.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за качество предоставляемых услуг, если

Потребитель не выполняет предписаний лечащего врача или прерывает лечение без письменного уведомления Исполнителя.

5.4. В случае самовольного оставления Потребителем лечебного учреждения Исполнителя без письменного разрешения уполномоченного лица Исполнителя (а также лечащего врача, заведующего отделением, в котором получал медицинские услуги Потребитель) и наличия задолженности по оплате перед Исполнителем, взыскание задолженности может производиться Исполнителем в бесспорном порядке.

5.5. В случае не исполнения Потребителем (а при наличии Заказчика, то и Заказчиком), солидарно, своих обязательств перед Исполнителем по внесению оговоренной в Договоре платы за платные медицинские услуги, Исполнитель имеет право на взыскание задолженности либо с Потребителя, либо с Заказчика (в случае его наличия), либо с обоих солидарно, в бесспорном порядке.

5.6. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение, или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если оно явилось следствием непреодолимой силы и (или) результатом препятствия, находящегося вне контроля сторон.

5.7. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем по вопросу качества оказанных услуг, спор между сторонами решается путем переговоров, привлечения независимой экспертизы и в судебном порядке.

5.8. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

Приложение № 1 «Информированное добровольное согласие пациента на предоставление медицинских услуг на платной основе»;

Приложение № 2 «Смета предоставления платных услуг»;

Приложение № 3 «Согласие на обработку персональных данных»;

Приложение № 4 «Акт выполненных работ»;

Приложение № 5 «Дополнительное соглашение к Договору».

«Исполнитель»

«Потребитель»

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ "ГОРОДСКАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА ИМ. А.К.
ЕРАМИШАНЦЕВА ДЕПАРТАМЕНТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г.МОСКВЫ"**
ИНН/КПП 7716035705/771601001
ОГРН 1037700032732
Юридический адрес: 129327 г. Москва, Ленская ул.15
Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ГКБ
им. А.К.Ерамишанцева ДЗМ» л/с 2605441000450022) КБК
0540000000131131022 ОКТМО 45351000
ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО//УФК ПО Г. МОСКВЕ Г.
МОСКВА
КБК 0540000000131131022
Единый казначейский счет 40102810545370000003
Номер казначейского счета 03224643450000007300
БИК 004525988
Тел. 471-27-17

Гражданство:
Паспорт РФ: серия №
выдан
Адрес места жительства:
Телефон:

«Заказчик»

Гражданство:
Паспорт РФ: серия №
выдан
Адрес места жительства:
Телефон:

М.П.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА на предоставление медицинских услуг на платной основе

На основании ст. 19, ст.84 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

желаю получить платные медицинские услуги в ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ".
Мне разъяснено, какие диагностические процедуры и лечение, соответствующие моему заболеванию я могу получить бесплатно, в рамках системы обязательного медицинского страхования и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне также разъяснено, что я могу получить диагностические мероприятия и лечение моего заболевания на платной основе.

Решение об отказе получения диагностики и лечения моего заболевания в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, в следующих случаях:

- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и подлежащих оплате в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

- сверх объемов медицинской помощи, установленных государственным и/или муниципальным заданием;

- сверх медицинских стандартов, утвержденных для моего заболевания, или при отсутствии медицинских показаний;

- вне очереди, установленной в медицинском учреждении в соответствии с утвержденными объемами оказания услуг и условий их предоставления в рамках государственного и/или муниципального заданий;

б) анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, которые предусмотрены статьей 21 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость указанной медицинской услуги в соответствии с ним.

Мне разъяснено, что несоблюдение указаний и рекомендаций Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, самовольный уход из подразделения Исполнителя, где оказывается услуга, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность завершения оказания услуги в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя.

Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты.
Дата: _____ г.

(подпись ПАЦИЕНТА)

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____
(Фамилия, имя, отчество)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152 ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ГБУЗ "ГКБ им. А.К. Ерамишанцева ДЗМ" (далее Исполнитель) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Исполнителем мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Исполнителя, в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Исполнителю право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Исполнитель вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов.

Иное разглашение моих персональных данных может осуществляться только с моего письменного согласия.

Настоящее согласие дано мной с момента подписания данного Договора и действует бессрочно.

Настоящее согласие может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Дата: _____ г.

_____/_____
(подпись ПАЦИЕНТА)