

ДОГОВОР № _____
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ
в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения г. Москвы
Городская клиническая больница имени С.П. Боткина
Департамента здравоохранения Москвы

город Москва

« ____ »

_____ 202 ____ г.

ИСПОЛНИТЕЛЬ в лице старшего администратора отдела организации платных услуг _____, действующего на основании доверенностей № _____ от _____ г., лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-77-01-020916 от 18.12.2020 г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, со сроком действия бессрочно

ПОТРЕБИТЕЛЬ

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

ЗАКАЗЧИК

(если имеется ЗАКАЗЧИК - физическое лицо – указывается ф.и.о., адрес его места регистрации жительства; если ЗАКАЗЧИК - юридическое лицо – указывается наименование, адрес места регистрации

нахождения ЗАКАЗЧИКА - юридического лица, телефон исполнительного органа ЗАКАЗЧИКА

1. Особые условия договора

1.1. Основные понятия:

«платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе (за плату) за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании настоящего договора (далее – платные медицинские услуги, услуги);

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

«заказчик» - физическое или юридическое лицо, заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с настоящим договором в пользу потребителя.

1.2. При заключении договора Потребителю предоставлена информация 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 в виде информированного согласия (Приложение №1).

1.3. Исполнитель предоставил в соответствии со статьями 8 - 10 Закона Российской Федерации "О защите прав потребителей", а Потребитель (Заказчик) полностью удовлетворен предоставленным) посредством размещения на сайте www.botkinmoscow.ru в сети «Интернет», а также на информационных стендах следующие сведения: адрес юридического лица, основной государственный регистрационный номер, идентификационный номер налогоплательщика; адрес своего сайта; информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи, выписку из единого государственного реестра юридических лиц, информация о лицензии на осуществление медицинской деятельности, ее номере, сроках действия, а также информация об органе, выдавшем указанную лицензию.

1.4. До заключения договора Исполнитель уведомляет 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.

2. Перечень, сроки и порядок представления услуг.

2.1. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим Договором, отображается в Смете платных медицинских услуг (Приложение №3 к настоящему Договору), являющейся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее – Смета).

2.2. При необходимости пациенту могут быть оказаны дополнительные платные медицинские услуги, перечень и сроки оказания которых согласуются Сторонами в Дополнительном соглашении к настоящему договору (форма соглашения - Приложение № 4 к настоящему договору).

2.3. Срок ожидания платной медицинской услуги с момента амбулаторного обращения Потребителя (Заказчика) отображается в талоне предварительной записи на прием. В случае стационарного лечения срок ожидания отображается в Смете.

2.4. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги по настоящему Договору в подразделениях ГБУЗ ГКБ имени С.П. Боткина ДЗМ, расположенных по адресу: город Москва, ул. 2-й Боткинский проезд, дом 5.

2.5. Исполнитель оказывает Потребителю на возмездной основе платные медицинские услуги на основании лицензии на медицинскую деятельность, в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, порядками оказания и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации, и на основе клинических рекомендаций.

2.6. Предоставление услуг по настоящему Договору осуществляется в порядке, определенном Положением об оказании платных медицинских услуг населению в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ.

2.7. 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.

2.8. В случае самовольного оставления Потребителем ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ комиссией Исполнителя (с участием не менее 3-х человек, в том числе лечащего врача) составляется в одностороннем порядке Акт.

3. Стоимость и порядок оплаты услуг.

3.1. Стоимость услуг определяется на основании предварительного плана диагностического обследования и лечения пациента на платной основе, в том числе направлений врачей - специалистов других лечебных учреждений (при наличии), в соответствии с Прейскурантом платных медицинских услуг, оказываемых ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ (далее – Прейскурант услуг), действующим на день подписания настоящего Договора или Дополнительного соглашения к нему и отражается в Смете, подписываемой сторонами в момент заключения Договора или Дополнительного соглашения к нему.

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

3.3. Оплата услуг осуществляется в полном объеме согласно Смете посредством наличных (через платежные терминалы Банков) или безналичных расчетов, по выбору Потребителя (Заказчика). При использовании наличной формы расчетов Потребителю (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации о применении контрольно-кассовой техники, выдается кассовый чек.

3.4. Доплата по Договору в случае пересмотра видов услуг в процессе лечения осуществляется на основании дополнительной Сметы, составленной по согласованию с Потребителем и /или Заказчиком, и отражается в Дополнительном соглашении к Договору.

3.5. Возврат денежных средств Потребителю (Заказчику) за не оказанные услуги осуществляется в течение 5 рабочих дней со дня представления Заявления на возврат денежных средств при предъявлении паспорта, настоящего Договора, чека об оплате и согласованного сторонами Акта сдачи-приемки оказанных услуг, в безналичном порядке на счет, указанный Потребителем (Заказчиком) в Заявлении на возврат.

В случае если Заказчиком платных медицинских услуг является юридическое лицо, возврат денежных средств осуществляется на основании согласованных Сторонами настоящего договора Акта сдачи-приемки оказанных услуг, Акта сверки взаиморасчетов и письма на имя главного врача ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ о возврате денежных средств.

3.6. В случае отказа от оплаты платных медицинских услуг Потребитель, нуждающийся в них после получения медицинской помощи в экстренной

форме, подлежит выписке. Факт отсутствия угрозы жизни Потребителя, подтверждается заключением консилиума в день отказа от платных медицинских услуг.

4. 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 платных медицинских услуг использовать методы профилактики, диагностики, лечения, медицинские технологии, лекарственные средства, иммунобиологические препараты, дезинфекционные средства и лечебное питание, разрешенные к применению в порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации.

4.4. Соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации.

4.5. Предоставить Потребителю по его требованию 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, 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, а также сведения, позволяющие идентифицировать имплантированное в организм человека медицинское изделие, результатах проведенного лечения, дать необходимые медицинские рекомендации после завершения лечения.

4.6. После оказания платных медицинских услуг выдать в течение 5 рабочих дней со дня письменного заявления Потребителя (Законного представителя потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписку из медицинских документов), отражающие состояние здоровья Потребителя 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, без взимания дополнительной платы.

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. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения в ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

4.9. Оплачивать услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

4.10. Оплатить стоимость дополнительных услуг в случае увеличения сроков стационарного лечения и/или расширения объема оперативного вмешательства, изменения метода обезболивания, в том числе, когда Потребитель в силу своего состояния здоровья не в состоянии выразить свою волю.

Если увеличение сроков стационарного лечения или расширение объема оперативного вмешательства произошло по вине Исполнителя, дополнительная оплата не взимается.

5. Ответственность сторон

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

5.2. Исполнитель несет ответственность в случае неисполнения или некачественного исполнения своих обязанностей при наличии своей вины, установленной в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

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 неисполнения 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 по месту нахождения ответчика.

6. Срок действия, порядок изменения и расторжения Договора

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует в течение одного года. Срок действия Договора продлевается на каждый следующий год на тех же условиях, если ни одна из Сторон не высказала желания о прекращении его действия не позднее чем за 30 дней до его окончания.

6.2. Все изменения, дополнения и расторжение настоящего Договора возможны по соглашению Сторон, и оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами Дополнительных соглашений к Договору. Дополнительные соглашения к настоящему Договору являются его неотъемлемой частью и вступают в силу с момента их подписания Сторонами.

6.3. В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается, при этом Потребитель и (или) Заказчик оплачивают Исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.4. Для каждой из Сторон настоящий Договор составлен по одному экземпляру, имеющих равную юридическую силу.

6.5. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются:

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 полностью)

желаю получить платные медицинские услуги в ГКБ им. С.П.Боткина.

ВНИМАНИЕ! 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 программами получения бесплатной медицинской помощи, в том числе:

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; размещение в палате повышенной комфортности, другие бытовые и сервисные услуги, предоставляемые дополнительно при оказании медицинской помощи.

- применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

- 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) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг (без направления лечащего врача), за исключением случаев и порядка,

предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в 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;

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

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

Дата: « _____ » _____ 202__ г.

Подпись: _____ / _____ /
(подпись) (ФИО полностью)

**СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество полностью)

в соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», подтверждаю свое согласие на обработку в ГКБ им.С.П. Боткина (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.

Дата: « ____ » _____ 20__ г.

Подпись:

_____/ _____/

(подпись)

(ФИО полностью)

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента
здравоохранения города Москвы
125284, 2-й Боткинский проезд, д.5

СМЕТА
предоставления платных медицинских услуг

Дата: «__» _____ 20__ г.

ФИО Заказчика:

ФИО пациента:

№ А/К _____

№ И/Б _____

Отделение _____

Дата поступления: «__» _____ 20__ г.

Дата выписки: «__» _____ 20__ г.

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость
ИТОГО:				

Расчет стоимости услуг

ВЫПОЛНИЛ:

(подпись)

Со сметой предоставления платных медицинских услуг ознакомлен,
согласен:

(подпись)

Городская Клиническая Больница им. С.П.Боткина

Предварительный план диагностического обследования и лечения пациента на платной основе

Пациент Ф.И.О. _____

И/Б(А/К) № _____

Отделение _____

Диагноз _____

Стационарно

Дневной стационар

Перечень планируемых медицинских услуг:

1.Количество к/дней в отделении _____

2.Лабораторные исследования _____

3.Диагностические инструментальные исследования _____

4.Консультации специалистов _____

5.Оперативное вмешательство _____

6.Дорогостоящие расходные материалы/препараты _____

7.Реабилитационно-восстановительные процедуры _____

8. Прочее _____

Ф.И.О. врача _____

Зав.отделением _____

Подпись/дата _____

Дополнительное соглашение к Договору № _____ от _____

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы Городская клиническая больница имени С.П. Боткина Департамента здравоохранения города Москвы
125284, 2-й Боткинский проезд, д.5

Исполнитель, в лице _____, действующий на основании доверенности с другой стороны, лицензия на медицинскую деятельность № ЛО-77-01-020916 от 18.12.2020г., выданная Департаментом здравоохранения города Москвы, со сроком действия бессрочно, № _____ от _____

Потребитель _____

Заказчик _____

заключили дополнительное соглашение об оказании Потребителю дополнительных платных медицинских услуг.

Смета платных медицинских услуг

№ А/К

№ И/Б

Отделение

Дата

№ П/П	Код услуги	Наименование услуги	Кол-во	Стоимость
1				
2				
3				

ИТОГО: (0 рублей 00 копеек)

Подписывая Дополнительное соглашение Потребитель (Заказчик) ознакомлен и согласен с назначенным перечнем платных медицинских услуг, оказываемых в ГКБ им. С.П. Боткина .

ИСПОЛНИТЕЛЬ:**ЗАКАЗЧИК:****ПОТРЕБИТЕЛЬ:**

ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ

Адрес: 125284, г. Москва,

2-й Боткинский пр-д, д. 5

Телефон: (499) 490-03-03

Эл. почта: pmuadmin@botkinmoscow.ru

ОГРН 1037739085900

Платежные реквизиты:

ИНН 7714082636, КПП 771401001

Департамент Финансов г. Москвы

(ГКБ им. С. П. Боткина

Лицевой счет 2605441000450544)

Казначейский счет 03224643450000007300

ЕКС 40102810545370000003

БИК 004525988

ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве

г. Москва

ФИО

ФИО

Адрес регистрации

Адрес регистрации

Паспортные данные

Паспортные данные

Телефон

Телефон

(подпись)

(подпись)