Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг

г. Москва «___» _____ 20___ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращённое наименование - ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ») (свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ серия 77 № 006978922 от 26 ноября 2002 г., лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00369596 от 26.11.2020 г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы) (далее – Лицензия), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» _____, действующего на основании доверенности № ____ от «___» _____ 20___ г., с одной стороны, и Ф.И.О., адрес места жительства, телефон, паспорт (для ф/л) или наименование, адрес, ОГРН и ИНН (для юридического лица), именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет Договора:

1.1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать ему (в этом случае он выступает Потребителем) или указанному им третьему лицу (Потребителю) платные медицинские услуги, представляющие собой медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.

1.2. Платные медицинские услуги предоставляются с учетом номенклатуры медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

1.3. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых по настоящему Договору, указан в смете (Приложение № 1) (далее – Смета).

1.4. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), полученного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

1.5. Потребителем по настоящему Договору является _____, _____ г.р., зарегистрированный по адресу:_____, телефон: _____, данные документа, удостоверяющего личность:_____ (вариант – Заказчик). При оказании платных медицинских услуг анонимно сведения фиксируются со слов Потребителя.

1.6. Законный представитель Потребителя: Ф.И.О., адрес места жительства, номер телефона, паспорт, документ, подтверждающий полномочия законного представителя (распоряжение органов опеки и попечительства или иное).

1.7. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований законодательства Российской Федерации. Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя, если иное не предусмотрено условиями настоящего договора.

1.8. Если предоставление медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их предоставления определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем.

1.9. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих предоставлению медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя), срок предоставления услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

1.10. Если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление медицинской помощи в экстренной форме для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такая медицинская помощь оказывается безотлагательно и бесплатно в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

1.11. При предоставлении платных медицинских услуг расходы, связанные с оказанием Потребителю медицинской помощи в экстренной форме, возмещаются Исполнителю в порядке и размерах, которые установлены органами государственной власти субъектов Российской Федерации в рамках территориальных программ в соответствии с пунктом 10 части 2 статьи 81 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Стоимость услуг и порядок оплаты:

2.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается на основании действующего Прейскуранта на платные медицинские услуги на момент заключения настоящего Договора и отражается в Смете.

2.2. Смета может быть твердой (не подлежит изменению) или приблизительной (может быть увеличена при изменении объема услуг). При приблизительной смете Исполнитель вправе увеличить цену настоящего Договора только после письменного уведомления Заказчика и получения его письменного согласия на превышение сметы. Если Заказчик не согласен на увеличение цены, он вправе отказаться от настоящего Договора (исполнения Договора), но обязан оплатить фактически понесенные Исполнителем расходы.

2.3. При заключении Договора или дополнительного соглашения к нему Заказчик до начала оказания медицинских услуг производит их оплату в размере 100% стоимости, указанной в Смете. Расчеты осуществляются не позднее 3-х рабочих дней после подписания настоящего Договора или дополнительного соглашения к нему в безналичном порядке банковской картой через кассу Исполнителя или через кредитную организацию, с предоставлением Исполнителю документа, подтверждающего оплату.

3. Права и обязанности сторон:

3.1. Исполнитель обязан:

3.1.1. После оплаты Заказчиком полной стоимости услуг предоставить Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (его законному представителю) достоверную информацию об оказываемых медицинских услугах, их стоимости, эффективности методов лечения, используемых лекарственных препаратах и о медицинских изделиях.

3.1.3. После предоставления медицинской услуги выдать Потребителю (его законному представителю, Заказчику – при наличии письменного согласия Потребителя) медицинское заключение либо справку в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 789н «О Порядке и сроках предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.04.2026 № 286н «Об утверждении порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений».

3.1.4. Немедленно извещать Потребителя и (или) Заказчика о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора. Платные медицинские услуги, не предусмотренные настоящим договором, при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.5. Предоставить Потребителю и (или) Заказчику в доступной форме информацию 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.

3.1.6. Составить Смету, которая является неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение № 1);

3.1.7. Выдать Заказчику и (или) Потребителю документ, подтверждающий факт осуществления расчета за предоставленные платные медицинские услуги;

3.1.8. По заявлению Потребителя и (или) Заказчика при наличии согласия Потребителя или его законного представителя предоставить справку об оказанных медицинских услугах в целях получения социального вычета на расходы по лечению и приобретению лекарственных препаратов, иные документы: копию договора и дополнительные соглашения к нему; документ, подтверждающий фактические расходы на оказанные платные медицинские услуги; выписку из медицинской документации, содержащую сведения о назначении лекарственных препаратов.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. Производить медицинские манипуляции, связанные с лечением, в соответствии с режимом работы Исполнителя.

3.2.2. Требовать подписания Заказчиком Акта об оказании услуг (Приложение № 2).

3.2.3. Требовать от Заказчика своевременной оплаты услуг.

3.2.4. Требовать от Заказчика или Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг;

3.2.5. Отказать Потребителю в предоставлении медицинских услуг (или установить другое время для их оказания) на основании письменного отказа Потребителя от медицинского вмешательства; в случае невыполнения Заказчиком или Потребителем условий настоящего Договора; выявления противопоказания для лечения или исследования, манипуляции или процедуры; нахождении Потребителя в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения; иного нарушении внутреннего распорядка для пациентов; необоснованной неявки Потребителя в назначенный срок для оказания медицинской услуги.

3.2.6. С согласия Потребителя и Заказчика оказывать Потребителю услуги, не предусмотренные настоящим Договором, о чем Потребитель и Заказчик должны быть заранее предупреждены в устной или письменной форме, с обязательным предварительным уведомлением о стоимости и получением письменного согласия.

3.3. Заказчик обязан:

3.3.1. Оплатить услуги в порядке, установленном разделом 2 настоящего Договора.

3.4. Потребитель обязан:

3.4.1. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить 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.

3.4.2. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.

3.4.3. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, предоставляющих медицинские услуги, соблюдать Правила внутреннего распорядка для пациентов Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности. Несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и

обследования может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в установленный Договором срок, а также причинение вреда здоровью Потребителя.

3.5. Потребитель имеет право:

3.5.1. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья 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.

3.5.2. На предоставление информации о медицинской услуге в установленном законом порядке;

3.5.3. Ознакомиться с учредительными документами и документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения (свидетельство о внесении сведений в ЕГРЮЛ, выписка из реестра лицензий на осуществление медицинской деятельности);

3.5.4. Пользоваться всеми правами, предоставленными законодательством Российской Федерации пациенту.

4. Ответственность Сторон:

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

4.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком условий настоящего Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

4.3. За нарушение установленных настоящим Договором сроков исполнения услуг ответственность Исполнителя определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации, с учетом того, что спорные отношения не являются гражданско-правовыми услугами в значении Закона Российской Федерации от 7 февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», если иное не установлено нормативными правовыми актами.

5. Условия, порядок и сроки действия Договора:

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания и действует до полного исполнения обязательств Сторонами. Обязательства Исполнителя по предоставлению платных медицинских услуг считаются исполненными с момента фактического оказания соответствующей медицинской услуги (либо завершения курса лечения - если предметом договора является курс медицинских услуг), что подтверждается медицинской документацией Исполнителя.

5.2. При исполнении Договора Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.

5.3. Заказчик и (или) Потребитель уведомлены об условиях и сроках ожидания платных медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

6. Порядок изменения и расторжения Договора:

6.1. Настоящий Договор может быть изменен по соглашению Сторон.

6.2. Настоящий Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных настоящим Договором и законодательством Российской Федерации.

6.3. Расторжение Договора не ведет к прекращению денежных обязательств Сторон, возникших до даты расторжения Договора. Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.4. В случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг настоящий Договор прекращается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

6.5. Если состояние Потребителя не соответствует профилю Исполнителя и влечет за собой медицинскую необходимость перевода Потребителя в иную медицинскую организацию для получения специализированной медицинской помощи, настоящий Договор прекращается в дату убытия Потребителя из медицинской организации Исполнителя. В таком случае Исполнитель уведомляет Заказчика о досрочном прекращении Договора и необходимости произвести взаиморасчет.

6.6. При досрочном выбытии Потребителя из медицинской организации Исполнителя либо неоказании услуги по иным основаниям, неиспользованные денежные средства возвращаются на лицевой счёт Заказчика в течение 3-х банковских дней после подачи заявления на возврат денежных средств, копии паспорта Заказчика и банковских реквизитов Заказчика.

7. Прочие условия:

7.1. По окончании оказания услуг по данному Договору стороны составляют и подписывают Акт об оказании услуг (далее – «Акт»). Заказчик обязан подписать составленный Исполнителем Акт в течение 5 (пяти) рабочих дней, либо предоставить мотивированный отказ от подписания Акта в тот же срок. Если Заказчик не подписал Акт в указанный выше срок и не предоставил мотивированный отказ от его подписания, Стороны считают, что услуги оказаны своевременно, в полном объёме и надлежащего качества, Заказчик к Исполнителю претензий не имеет.

7.2. Исполнитель уведомил Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

7.3. Исполнитель осуществляет обработку персональных данных Заказчика на основании пункта 5 части 1 статьи 6, и персональных данных Потребителя – на основании статьи 10 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

7.4. Со ст. 23 Закона Российской Федерации от 02.07.1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» Потребитель ознакомлен до подписания Договора.

7.5. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора.

7.6. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Потребителем и (или) Заказчиком по вопросу качества оказания медицинских услуг, спор между сторонами рассматривается врачебной комиссией Исполнителя. Письменное обращение (жалоба) может быть направлена Потребителем и (или) Заказчиком в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» по адресу: 107076, г. Москва, улица Потешная, дом 3 или на электронный адрес: pkb4@zdrav.mos.ru либо подано при личном обращении через канцелярию ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» (107076, г. Москва, улица Потешная, дом 3, корпус 1).
7.7. В случае невозможности урегулировать спор он подлежит разрешению в Преображенском районном суде города Москвы.
7.8. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один для Исполнителя, второй для Заказчика (либо в 3-х при заключении в пользу третьего лица).

8. Заключительные положения:

8.1. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
8.2. Приложения к настоящему Договору являются его неотъемлемыми частями.

9. Подписи и реквизиты сторон:

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»),
филиал ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ"
Юридический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
Фактический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
тел./факс 8(495)963-08-35
ИНН/КПП 7718084948/771801001
ОГРН 1027700460303
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
Получатель: Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)
Казначейский счет 03224643450000007300
Единый казначейский счет 40102810545370000003
БИК 004525988

_____/_____/

М.П.

Заказчик:

Ф.И.О. _____
Паспорт гражданина РФ _____
Адрес регистрации:_____
Контактный телефон: _____

✓_____/_____/

Приложение № 1
к договору № _____ от «__»_____20___ г.

Перечень/Смета № _____
на медицинские услуги, оказываемые ФИО потребителя
в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

г. Москва «__»_____20__ г.

Платные медицинские услуги предоставляются Потребителю в период с _____ по _____.

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги	Стоимость услуги, за 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Итого: 0,00 ₽

Итоговая сумма к оплате: ___ рублей ___ копеек

НДС не облагается в соответствии со ст.149 НК РФ.

Администратор ПМУ _____/_____/
(подпись)

Заказчик: ✓_____/_____/
(подпись)

Приложение № 2
к договору № _____ от «__»_____20___ г.

Акт об оказании услуг

« »_____20___ г

Основание: договор № _____ от « »_____20___ г;
счёт № _____ от « »_____20___ г.
Период оказания услуг: с « »_____20___ г по « »_____20___ г

Исполнитель: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»), в лице администратора ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»_____, действующего на основании доверенности № _____ от « »_____20___ г
Заказчик: _____ **Потребитель:** _____

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги	Стоимость услуги, за 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Всего наименований __ на сумму _____₽
(_____ рублей 00 копеек). НДС не облагается в соответствии с ст.149 НК РФ.

Вышеперечисленные услуги выполнены Исполнителем в полном объёме, надлежащего качества, в соответствии с вышеназванным договором и законодательством Российской Федерации. Взаиморасчёты между Сторонами произведены полностью.
Заказчик претензий по качеству, объёму и срокам предоставления услуг не имеет.

Исполнитель:
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»)
Юридический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
Фактический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3 тел./факс 8(495)963-08-35
ИНН/КПП 7718084948/771801001
ОГРН 1027700460303
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
Получатель: Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)
Казначейский счет 03224643450000007300
Единый казначейский счет 40102810545370000003
БИК 004525988
_____/ _____ /

Заказчик:
Ф.И.О. _____
Паспорт гражданина РФ _____
Адрес регистрации: Москва г_____
Контактный телефон: _____

_____/ _____ /

М.П.

Приложение № 3
к договору № _____ от «__»_____20___ г.

Дополнительное соглашение
к договору на оказание платных медицинских услуг
№ _____ от « »_____20___ г;

« »_____20___ г

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращённое наименование - ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»), свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ серия 77 № 006978922 от 26.11. 2002, лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00369596 от 26.11.2020 выдана Департаментом здравоохранения города Москвы (бессрочно) (далее – Лицензия), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»_____, действующего на основании доверенности № ___ от _____, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», в ходе исполнения обязательств по вышеназванному договору заключили настоящее дополнительное соглашение, именуемое в дальнейшем «Соглашение» о нижеследующем:

1. Предмет соглашения:
1.1. Потребителем услуг является _____
1.2. Потребителю Исполнителем будут оказаны следующие платные медицинские услуги (далее - Услуги):

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги	Стоимость услуги, за 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Всего наименований __ на сумму _____ ₽
(_____рублей 00 копеек). НДС не облагается в соответствии с ст.149 НК РФ.

1.3. Платные медицинские услуги, названные в пункте 1.2. настоящего соглашения оказываются Потребителю с « »_____20___ г по « »_____20___ г
2. Заказчик оплачивает услуги, предусмотренные пунктом 1.2. Соглашения, на условиях, определённых Договором по счёту № _____ на сумму _____₽.
3. Во всём остальном, что не предусмотрено Соглашением, Стороны руководствуются положениями Договора и законодательством Российской Федерации.
4. Соглашение вступает в силу с момента подписания его Сторонами и является неотъемлемой частью Договора.
5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один для Исполнителя, второй для Заказчика (либо в 3-х при заключении в пользу третьего лица).

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»), филиал ГБУЗ "ПКБ № 4 ДЗМ"
Юридический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3
Фактический адрес: 107076, г. Москва, ул. Потешная, д. 3

Заказчик:

Ф.И.О. _____
Паспорт гражданина РФ _____
Адрес регистрации: Москва г_____
Контактный телефон: _____

тел./факс 8(495)963-08-35
ИНН/КПП 7718084948/771801001
ОГРН 1027700460303
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва
Получатель: Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «ПКБ №4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)
Казначейский счет 03224643450000007300
Единый казначейский счет 40102810545370000003
БИК 004525988

_____/ _____ / _____/ _____ /

М.П.

Приложение № 4
к договору № _____ от «__»_____20__ г.

Квитанция об оплате услуг

Исполнитель:	Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»
Заказчик:	Фамилия Имя Отчество
Потребитель:	Фамилия Имя Отчество
Основание:	Договор № _____от «__» _____ 20__ г.
Смета:	№ _____ от «__»_____20__ г.

Период оказания услуг с _____ по _____

№ п/п	Код услуги	Код услуги по номенклатуре МЗ РФ	Наименование услуги	Стоимость услуги, за 1 ед. в руб.	Количество услуг	Итого

Итого: _____ ₽
НДС не облагается в соответствии со ст.149 НК РФ.
Всего: _____ ₽
Всего оплачено услуг на сумму: _____ рублей _____ копеек

От исполнителя

Администратор

_____/_____/
(подпись)

Телефон для связи:

Приложение № 5
к договору № _____ от «__»_____20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
«Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П. Б. Ганнушкина
Департамента здравоохранения города Москвы»
(ГБУЗ «ПКБ № 4 «ДЗМ»)

Согласие пациента (законного представителя пациента) на обработку персональных данных

Данный раздел бланка заполняется гражданами, старше 15 лет, больными наркоманией старше 16 лет

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее при - наличии) пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
года рождения, проживающий(ая) по адресу:
(указывается адрес места жительства пациента)
паспорт:
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
(далее – Пациент)

Данный раздел бланка заполняется только законным представителем пациента, не достигшего возраста 15 лет, больного наркоманией, не достигшего 16 лет, или недееспособного гражданина

Я, _____
(указываются полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя пациента в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющем личность)
проживающий(ая) по адресу:
(адрес места жительства законного представителя пациента)
паспорт:
иной документ, удостоверяющий личность гражданина _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____
(указывается нужное)
Пациента (ребёнка или гражданина, признанного недееспособным):
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пациента, год рождения; реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)
(Настоящим выражаю своё согласие на обработку моих персональных данных, представленных в настоящем документе, Оператором персональных данных, в целях оказания медицинской помощи лицу, законным представителем которого я являюсь).

в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», действуя свободно, своей волей, в своих интересах (лица, законным представителем которого я являюсь), понимая значение своих действий, даю своё согласие медицинской организации **Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 4 им П. Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы»**, расположенной по адресу: 107076, Москва, улица Потешная, дом 3 (далее – Оператор), на обработку моих (лица, законным представителем которого являюсь) персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии), пол, дату рождения, место рождения, гражданство, данные документа, удостоверяющего личность, номера телефонов для связи, адрес электронной почты (при наличии), место жительства, место регистрации, дату регистрации, страховой номер индивидуального лицевого счёта (при наличии), принятый в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учёте в системе обязательного социального страхования (СНИЛС), номер обязательного медицинского страхования застрахованного лица (при наличии), место работы (учёбы) (наименование организации (учебного заведения), адрес, занимаемая должность и т.д.), идентификационный номер налогоплательщика, номер полиса обязательного добровольного страхования (наименование страховой компании), в том числе даю согласие на обработку специальной категории персональных данных: данных об оказании медицинских услуг, о состоянии здоровья и диагнозе, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, и иных сведений, полученных в результате исследований.

Указанные персональные данные предоставляю для обработки в следующих целях:

- в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельность и обязанным сохранять врачебную тайну;

- обеспечения соблюдения в отношении меня (лица, законным представителем которого я являюсь) законодательства Российской Федерации и города Москвы, в сфере отношений, связанных с получением мной (лицом, законным представителем

которого я являюсь) медицинских услуг в рамках обязательного медицинского страхования, социальных гарантий и компенсаций по нетрудоспособности;

- осуществления передаче результатов медицинских исследований (лабораторных, инструментальных и иных видов диагностических исследований) на адрес электронной почты (e-mail), указанный мной в соответствующем запросе, при его подаче и наличии технической возможности;

- реализации Оператором своих полномочий и выполнения своих обязанностей, обязательств и компенсаций, определённых Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьёй 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», а также иными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации и города Москвы.

Предоставляю Оператору право осуществлять любое действие (операцию) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств с моими персональными данными (лица, законным представителем которого я являюсь), в том числе в электроном виде, включая сбор, запись систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

В процессе оказания Оператором мне (лицу, законным представителем которого являюсь) медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего (лица, законным представителем которого я являюсь) обследования и лечения.

Я информирован(а) о том, что:

- персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, могут быть переданы Оператором в страховую медицинскую организацию, в Московский городской фонд обязательного медицинского страхования (МГФОМС), в органы фонда социального страхования, в Департамент здравоохранения города Москвы и в другие органы власти Российской Федерации, субъектов Российской Федерации. Оператор вправе поручить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну органам, службам, предприятиям и учреждениям, в том числе Департаменту здравоохранения города Москвы, а также уполномоченному учреждению Департамента информационных технологий города Москвы – Государственному казённому учреждению города Москвы «Информационно-аналитический центр в сфере здравоохранения» (в случае, если обработка будет поручена данному лицу), если это не противоречит законодательству Российской Федерации и целям медицинской организации, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их приём и обработка будет осуществляться лицом, обязанным сохранять конфиденциальность;

- Оператор вправе обрабатывать мои (лица, законным представителем которого я являюсь) персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, неавтоматизированным и автоматизированным способами, посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчётные формы, предусмотренные нормативными правовыми актами, регулирующими предоставление отчётных данных (документов) с использованием машинных носителей и по каналам связи, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа.

Настоящий документ вступает в силу с даты его подписания и действует в течение неопределённого срока.

Настоящий документ может быть отозван посредством составления соответствующего письменного заявления, которое должно быть направлено в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручено под подпись уполномоченному представителю Оператора.

В случае отзыва настоящего документа Оператор вправе продолжить обработку персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия при наличии оснований, указанных в пунктах 2-11 части 1 статьи 6, части 2 статьи 10 и части 2 статьи 11 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, хранятся у Оператора в течении срока хранения первичных медицинских документов, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Персональные данные и сведения, составляющие врачебную тайну, предоставляемые в отношении третьих лиц, будут обрабатываться Оператором только в рамках, возложенных на него полномочий и обязанностей.

Я удостоверяю, что:

- права как субъекта персональных данных мне разъяснены и понятны;
- на все мои вопросы я получил(а) понятные мне ответы;
- текст настоящего документа мною прочитан, мне понятно назначение настоящего документа, полученные разъяснения мне понятны.

Дата начала обработки персональных данных: «__»_____ 20__ г.

✓ _____ _____

(подпись) *(Ф.И.О. пациента или законного представителя пациента)*

« » _____

_____ г.

(дата подписания)

Если Пациент, по каким-либо причинам, не может собственноручно подписать настоящий документ, но может в устной форме выразить своё согласие с положениями, указанными выше, настоящий документ заверяется двумя подписями медицинских работников Оператора.

_____ _____

(подпись медицинского работника) *(указывается наименование должности медицинского работника Оператора, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

« » _____

_____ г.

(дата подписания)

_____	_____
(подпись медицинского работника)	*(указывается наименование должности медицинского работника Оператора, фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) полностью в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)*

« » _____

_____ г.

(дата подписания)