**Договор № \_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 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 № ЛО-77-01-020088 от 10.07.2020 г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , с одной стороны, и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемый в дальнейшем «Заказчик» с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Предмет Договора:**
   1. Исполнитель обязуется по поручению Заказчика оказать ему платные медицинские услуги согласно перечню, указанному в Счёте (Приложение № 1) на основании действующего Прейскуранта на платные медицинские услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги.
   2. После предоставления медицинской услуги Исполнитель выдаёт Заказчику выдаёт медицинское заключение или справку установленного образца.
   3. Медицинские услуги, предоставляемые Заказчику, не предусмотрены Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве и оказываются за плату.
2. **Стоимость услуг и порядок оплаты:**
   1. Стоимость медицинских услуг устанавливается на основании действующего Прейскуранта на платные медицинские услуги на момент создания Счёта.
   2. При заключении Договора или дополнительного соглашения к нему (Приложение № 2) Заказчик производит оплату медицинских услуг, до начала их оказания в размере 100% стоимости, на основании действующего Прейскуранта на платные медицинские услуги, в сумме, указанной в Счёте (Приложение № 1) путем безналичного расчёта банковской картой через онлайн кассу Исполнителя или путем безналичного расчета через кредитную организацию, с предоставлением Исполнителю документа, подтверждающего оплату.
3. **Права и обязанности сторон:**
   1. **Исполнитель обязан:**
      1. Предоставить Заказчику достоверную информацию о предоставляемых услугах;
      2. Предоставить медицинские услуги надлежащего качества, в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации, после оплаты Заказчиком полной стоимости услуг в соответствии с графиком работы соответствующих служб Исполнителя;
      3. Выдать Заказчику медицинское заключение или справку установленного образца.
   2. **Исполнитель имеет право:**
      1. Самостоятельно определять объем исследований, необходимых для установления диагноза и выдачи соответствующего заключения в соответствии с нормами действующего законодательства.
      2. Требовать подписания Заказчиком Акта об оказании услуг (Приложение № 3).
      3. Требовать от Заказчика своевременной оплаты за услуги.
      4. Требовать от Заказчика предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему платных медицинских и иных услуг.
      5. В случае потенциальной угрозы здоровью Заказчика самостоятельно определять объем медицинских услуг, необходимых для оказания медицинской помощи. Отказ Заказчика от медицинской помощи с указанием возможных последствий, оформляется записью в медицинской документации и подписывается Заказчика, а также медицинским работником. Отказать в оказании платных медицинских и иных услуг Заказчика, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.
   3. **Заказчик обязан:**
      1. Информировать врача до оказания медицинских услуг о перенесенных заболеваниях, Известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;
      2. Предоставить врачу до оказания медицинских услуг все сведения и документы, необходимые для оказания услуг и выдачи соответствующего заключения;
      3. Точно выполнять требования врача;
      4. Являться на прием в назначенное время;
      5. Своевременно оплатить стоимость услуг до начала их оказания в размере 100% стоимости.
   4. **Заказчик имеет право:**
      1. На предоставление информации о медицинской услуге;
      2. Знакомиться с учредительными документами и документами, подтверждающими специальную правоспособность учреждения (свидетельство о внесении в ЕГРЮЛ, Лицензия на осуществление медицинской деятельности);
      3. Заказчик пользуется всеми правами, установленными законодательством Российской Федерации пациенту.
4. **Ответственность Сторон:**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.
   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 РФ.
   3. Все споры по Договору, разрешаются Сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, он подлежит разрешению в соответствии с законодательством РФ.
5. **Условия, порядок и сроки действия Договора:**
   1. Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует до полного и надлежащего исполнения Сторонами своих обязательств или до расторжения данного договора.
   2. При исполнении Договора Стороны руководствуются законодательством РФ, регулирующим предоставление платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями.
6. **Порядок изменения и расторжения Договора:**
   1. Настоящий Договор может быть расторгнут по инициативе любой из Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.
   2. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять ему дополнительные медицинские услуги на возмездной основе. Все дополнительные медицинские услуги оформляются дополнительным соглашением (Приложение № 2) и подписываются Сторонами.
   3. Расторжение Договора не ведет к прекращению денежных обязательств Сторон, возникших до даты расторжения Договора. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
7. **Прочие условия:**
   1. Заказчик дает согласие на обработку своих персональных данных (в соответствии с требованиями ст. 6 и Федерального закона № 152-ФЗ от 27.07.2006 г.).
   2. Со ст. 23 Закона Российской Федерации от 2 июля 1992 № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» Заказчик ознакомлен до подписания Договора, подписание Договора является подтверждением информированного добровольного согласия Заказчика на психиатрическое освидетельствование.
   3. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении Договора.
   4. В случае возникновения разногласий между Исполнителем и Заказчиком по вопросу качества оказания медицинских услуг, спор между сторонами рассматривается врачебной комиссией Исполнителя.
   5. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один для Исполнителя, второй для Заказчика.
8. **Заключительные положения:**
   1. Во всем, что не предусмотрено Договором, Стороны руководствуются законодательством РФ.
   2. Приложение №1, 2, 3 являются неотъемлемыми частями Договора.
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)963-04-07  ИНН/КПП 7718084948/771801001  ОГРН 1027700460303  Департамент финансов города Москвы  (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)  р/с 40601810245253000002  Отделение 1 Москва  БИК 044525000 | **Заказчик**:  Ф.И.О.  Паспорт гражданина  Адрес регистрации:  Контактный телефон: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |

Приложение № 1

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

**С Ч Ё Т № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

на медицинские услуги, оказываемые \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ»

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Итого:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_₽ |

Итоговая сумма к оплате: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Без налога (НДС) в соответствии с ст.149 НК РФ.

Администратор ПМУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /

(подпись)

Заказчик: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись)

Приложение № 2

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

**Дополнительное соглашение**

**к договору на оказание платных медицинских услуг**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 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 № ЛО-77-01-020088 от 10.07.2020 г. выдана Департаментом здравоохранения города Москвы), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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. Потребителем является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   2. Потребителю Исполнителем будут оказаны следующие платные медицинские услуги (далее - Услуги):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код услуги в МИС** | **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.

1.3. Платные медицинские услуги, названные в пункте 1.2. настоящего соглашения оказываются Потребителю с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_

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. Соглашение составлено и подписано в 2-х экземплярах, по одному экземпляру для Исполнителя и Заказчика.

|  |  |
| --- | --- |
| **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)963-04-07  ИНН/КПП 7718084948/771801001  ОГРН 1027700460303  Департамент финансов города Москвы  (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)  р/с 40601810245253000002  Отделение 1 Москва  БИК 044525000 | **Заказчик**:  Ф.И.О.  Паспорт гражданина  Адрес регистрации:  Контактный телефон: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |

Приложение № 3

к договору № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.

**Акт**

**об оказании услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| г. Москва | \_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. |

Основание: **Договор** № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г.;

счёт № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

Период оказания услуг: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заказчик:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Получатель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Код услуги в МИС** | **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.

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»), 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)963-04-07  ИНН/КПП 7718084948/771801001  ОГРН 1027700460303  Департамент финансов города Москвы  (ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» л/с 2605441000630345)  р/с 40601810245253000002  Отделение 1 Москва  БИК 044525000 | **Заказчик**:  Ф.И.О.  Паспорт гражданина  Адрес регистрации:  Контактный телефон: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / |