

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн №2 Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Шестиной Веры Ростиславовны, действующего на основании Устава и лицензии на право осуществления медицинской деятельности серии №ЛО-77-01-010968 от 18 сентября 2015г., №ФС-99-01-0107968 от 24.04.2012г., с одной стороны, Заказчик [Customer.Fio] (дата рождения: [Customer.Birthday]), именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, и Потребитель [Patient.Fullname] (дата рождения: [Patient.Birthday]), именуемый(ая) в дальнейшем Потребитель, (далее при совпадении наименований – указывать одно название: либо Заказчик, либо Потребитель), с другой стороны, совместно именуемые как "Стороны", заключили настоящий Договор (далее Договор) о нижеследующем:

## 1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать платные услуги (медицинские и немедицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе) Потребителю: необходимую амбулаторную (консультативную, диагностическую) и/или стационарную медицинскую помощь (медицинские услуги, в том числе профилактические, лечебно-диагностические, реабилитационные и др.), отвечающую требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ, а также услуги медицинского сервиса, на основании обращения Потребителя согласно Прейскуранту платных услуг (далее - платные услуги). Стоимость оказываемых платных услуг определяется Планом лечения/обследования (Расчетом стоимости платных услуг) (Приложение № 1). Заказчик обязуется оплатить, а Потребитель - принять оказываемые Исполнителем услуги в порядке, установленном настоящим Договором.

1.2. При заключении настоящего Договора Заказчику/Потребителю предоставлена в доступной форме 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 или за счет средств соответствующего бюджета (информация также предоставлена на сайте Исполнителя [www.gvv2.ru](http://www.gvv2.ru)).

1.3. Исполнитель предоставил, а Заказчик/Потребитель полностью удовлетворен предоставленными посредством размещения на сайте [www.gvv2.ru](http://www.gvv2.ru) в сети интернет, а также на информационных стендах, сведениями: наименование, фирменное наименование Исполнителя, адрес регистрации юридического лица, сведения о номере и дате регистрации, перечне работ (услуг, составляющих медицинскую деятельность Исполнителя), адрес местонахождения выдавшего Исполнителю лицензию лицензирующего органа, перечень платных услуг с указанием цены в рублях, сведения об условиях, порядке, форме предоставления услуг и порядке их оплаты, адреса и телефоны Департамента здравоохранения города Москвы, Управления Росздравнадзора в городе Москве.

1.4. Исполнитель оказывает платные услуги по месту своего нахождения по адресу: г.Москва, ул. Волгоградский проспект д. 168.

## 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

### 2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Довести до сведения Заказчика/Потребителя в наглядной и доступной форме: Положение об оказании платных услуг, Правила поведения пациентов (посетителей) в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы».

2.1.2. Оказывать Потребителю платные услуги в полном объеме, в соответствии с условиями настоящего договора, после внесения Заказчиком/Потребителем денежных средств в порядке определенном разделом 3 Договора и предоставления документов, подтверждающих оплату, в соответствии с требованиями, установленными для оказания медицинских услуг на территории Российской Федерации, соблюдением порядка оказания и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения РФ.

2.1.3. Своевременно информировать Потребителя о необходимости оказания дополнительных медицинских услуг и применения дополнительно лекарственных средств, расходных материалов, не указанных в Приложении № 1 к Договору, в том числе дорогостоящих медицинских услуг и применения дорогостоящих лекарственных средств и расходных материалов. Оказывать Потребителю дополнительные медицинские услуги и применять дополнительно лекарственные средства и расходные материалы, не указанные в Приложении № 1 к Договору, в том числе дорогостоящие дополнительные медицинские услуги, дорогостоящие лекарственные средства и расходные материалы только после предварительного письменного согласования объема и стоимости таких дополнительных медицинских услуг с Потребителем.

2.1.4. В случае, если при предоставлении платных услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, оказывать такие медицинские услуги без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

2.1.5. Во время исполнения настоящего Договора выдать Потребителю копии медицинских документов, выписки из медицинских документов (в соответствии с заявлением потребителя), отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг.

2.1.6. Предоставить для ознакомления по требованию Заказчика/Потребителя:

а) устав Исполнителя;

б) лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с лицензиями;

в) порядки оказания и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных услуг;

г) информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.7. Предоставлять Потребителю по его требованию и в доступной для него форме информацию:

а) о состоянии его здоровья, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах и последствиях медицинского вмешательства, ожидаемых результатах лечения;

б) об используемых при предоставлении медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, в том числе о сроках их годности (гарантийных сроках), показаниях (противопоказаниях) к применению.

2.1.8. При оказании медицинских услуг соблюдать установленные законодательством РФ требования к оформлению и ведению медицинской документации и учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления.

2.1.9. Хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания, и иных сведениях, полученных при ее обследовании и лечении (врачебная тайна).

2.1.10. Извещать Потребителя о невозможности оказания платных услуг по настоящему Договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению или уменьшению объема оказываемых платных услуг, что оформляется дополнительным соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора.

### 2.2. Заказчик/Потребитель обязуется:

2.2.1. Своевременно принять надлежащим образом оказанные платные услуги в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.2.2. Оплатить услуги Исполнителя в порядке, сроки и на условиях, которые установлены настоящим Договором.

2.2.3. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

### 2.3. Потребитель обязуется:

2.3.1. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора; подписать информированное согласие об отказе от получения медицинской помощи за счет средств, указанных в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или за счет средств соответствующего бюджета (Приложение № 2).

2.3.2. Строго исполнять все медицинские рекомендации лечащего врача, в том числе назначенного режима лечения и информировать в интересах своего здоровья и в целях качественного оказания медицинских услуг информировать лечащего врача об известных Потребителю аллергических реакциях на какие-либо лекарственные препараты, о перенесенных заболеваниях, о наличии социально значимых, наследственных заболеваний, предшествующих хирургическим вмешательствам, травмах и возникших вследствие этого осложнениях, предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне учреждения Исполнителя (при их наличии).

#### **2.4. Исполнитель имеет право:**

2.4.1. Требовать подписания Потребителем в соответствии с настоящим Договором акта об оказанных медицинских услугах.

2.4.2. Требовать от Заказчика/Потребителя своевременной оплаты за оказанные по настоящему Договору услуги.

2.4.3. Получать от Заказчика/Потребителя необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору информацию. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.4.4. Требовать от Потребителя соблюдения установленных Правил предоставления медицинскими организациями услуг.

2.4.5. Определять длительность лечения, объем медицинских услуг, необходимость перевода в отделения другого профиля в соответствии с состоянием здоровья Потребителя, при выявлении противопоказаний к оказываемым услугам, отказать Потребителю в оказании этих услуг.

2.4.6. В случае возникновения неотложных состояний, угрожающих жизни Потребителя, самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи.

2.4.7. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних исполнителей и соисполнителей;

2.4.8. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность услуги и (или) возникновении медицинских противопоказаний для осуществления лечебно-диагностических мероприятий, а также в случае неоплаты Заказчиком/Потребителем платных услуг..

2.4.9. В случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг по заключенному договору требовать от Потребителя оформления отказа от медицинского вмешательства.

2.4.10. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему договору, Потребителю на основании его письменного заявления возвращается сумма по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

#### **2.5. Заказчик/Потребитель имеет право:**

2.5.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями Договора.

2.5.2. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.5.3. Получать сведения о квалификации и сертификации специалистов.

2.5.4. Самостоятельно, после согласования с лечащим врачом, приобретать расходные материалы и лекарственные средства, за качество которых Исполнитель ответственности не несет.

#### **2.6. Потребитель имеет право:**

2.6.1. В любой момент отказаться от медицинской помощи при условии оплаты фактически оказанных услуг, направив Исполнителю письменный отказ.

2.6.2. На получение информации о стоимости оказанных услуг на любом этапе обследования и лечения (за исключением выходных и праздничных дней).

2.6.3. На информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство. В случаях, когда состояние Потребителя не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах Потребителя решает консилиум, а в особых случаях лечащий (дежурный) врач. Отказ от медицинского вмешательства с указанием возможных последствий оформляется записью в медицинской документации и подписывается пациентом или его законным представителем, а также врачом.

### **3. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

3.1. Исполнитель обязуется хранить втайне информацию о факте обращения Потребителя за медицинской помощью, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

3.2. С письменного согласия Потребителя или его законного представителя допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения Потребителя.

3.3. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без письменного согласия Потребителя или его законного представителя допускается в целях обследования и лечения Потребителя, не способного из-за своего состояния выразить свою волю и в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

6.7. Подписание настоящего Договора Потребителем подтверждает его согласие на обработку персональных данных Исполнителем (далее - Оператор) в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона № 152-ФЗ от 27.06.2006г. "О персональных данных", включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса медицинского страхования, данные о состоянии здоровья, заболеваниях, аллергических реакциях, 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 медицинской услуги Потребитель предоставляет право медицинским работникам передавать свои персональные данные другим должностным лицам Исполнителя в интересах обследования и лечения Потребителя, а также сообщать о местонахождении и текущем состоянии здоровья через свою справочную службу.

Исполнитель вправе обрабатывать персональные данные Потребителя посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) в соответствии с распоряжениями и приказами Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения города Москвы. Срок хранения персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

### **4. ПОРЯДОК ПРИЕМКИ УСЛУГ**

4.1. По результатам выполнения платных услуг составляется акт выполненных работ (оказанных услуг) (Приложение №3) и подписывается в 2-х экземплярах.

### **5. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК ОПЛАТЫ УСЛУГ**

5.1. Цена Договора определена Сторонами на основании действующих на момент заключения Договора Прейскуранта цен на медицинские услуги Исполнителя. Окончательная цена Договора определяется согласно фактически оказанному Потребителю объему медицинских услуг на дату окончания оказания медицинских услуг по настоящему Договору.

5.2. После подписания настоящего Договора Заказчик/Потребитель оплачивает Исполнителю стоимость услуг в соответствии с Планом лечения/обследования (Расчетом стоимости платных услуг) согласно п. 1.1 настоящего Договора.

5.3. Стоимость услуг по настоящему Договору может быть изменена по соглашению Сторон (отказ Потребителя от медицинских услуг на основании письменного заявления, оказание Потребителю дополнительных услуг, в том числе и по просьбе Потребителя или по условиям п. 2.1.3 настоящего Договора, путем составления дополнительных Планов лечения/обследования (Расчетов стоимости платных услуг). Допускается оплата уже оказанных услуг в случае, если Потребитель находится на стационарном лечении.

5.4. Оплата услуг по настоящему Договору производится в рублях путем внесения наличных средств в кассу Исполнителя или безналичным путем на счет Исполнителя.

5.5. Заказчику/Потребителю в соответствии с законодательством РФ выдается документ, подтверждающий произведенную оплату услуг Исполнителя (контрольно-кассовый чек, квитанция, иной документ установленного образца).

5.6. В случае стационарного обследования и/или лечения день госпитализации и день выписки из стационара считается за один койко-день.

## **6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

6.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством РФ.

6.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Заказчиком/Потребителем условий настоящего Договора, при несоблюдении Потребителем рекомендаций по лечению и иных неправомерных действий, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

6.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления платной услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством РФ.

6.4. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение условий Договора в случае возникновения обстоятельств непреодолимой силы, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством на территории РФ.

## **7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Все споры, претензии и разногласия, которые могут возникнуть между Сторонами, будут разрешаться путем переговоров.

7.2. При не урегулировании в процессе переговоров спорных вопросов, споры подлежат рассмотрению в судебном порядке.

## **8. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

8.1. Настоящий Договор может быть изменен и (или) дополнен по соглашению Сторон, а также в иных случаях, предусмотренных законодательством РФ.

8.2. Настоящий Договор может быть расторгнут:

- по соглашению Сторон;

- в случае отказа Потребителя после заключения настоящего Договора от получения медицинских услуг (в этом случае Исполнитель информирует Заказчика/Потребителя о расторжении договора по инициативе Потребителя, при этом Заказчик/Потребитель оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору);

- по инициативе Исполнителя в случае неоплаты Заказчиком/Потребителем платных услуг;

- в иных случаях, предусмотренных гражданским законодательством РФ.

## **9. СРОКИ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА И ИНЫЕ УСЛОВИЯ ДОГОВОРА**

9.1. Договор действует с [Contract.Date] по 31 декабря 2018г. при условии своевременного внесения Заказчиком/Потребителем денежных средств по Договору.

9.2. Все изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются в письменном виде путем подписания Сторонами дополнительных соглашений.

9.3. Договор составлен в 2 (двух) / 3 (трех) экземплярах по одному для каждой из Сторон, имеющих равную юридическую силу.

9.4. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

9.5. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, а также актов и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

9.6. Приложения № 1, 2, 3 являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

## **10. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

**Исполнитель:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Госпиталь для ветеранов войн №2 Департамента здравоохранения города Москвы».

Адрес: 109472, г. Москва, ул. Волгоградский проспект, д. 168, тел.: 8(499) 940-90-03, e-mail: [info@gvv2.mosgorzdrav.ru](mailto:info@gvv2.mosgorzdrav.ru)

Лицензия серия ЛО № ЛО-77-01-010968 от 18 сентября 2015 г., выдана Департаментом здравоохранения города Москвы. Адрес лицензирующего органа: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д.43, тел.8(499)-251-83-00; ИНН 7721062870, КПП 772101001, ОКТМО 45385000 Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ» л/с 2605441000450569),

р/с 40601810245253000002 в ГУ Банка России по ЦФО, БИК 044525000, КБК 00000000000000000130

### **Заказчик: [Customer.Fio]**

[Customer.FullDocumentInfo]

Зарегистрирован по адресу: [Customer.Address]

тел.(городск., моб.): [Customer.Phone]

e-mail: [Customer.Email]

### **Потребитель: [Patient.Fullname]**

[Patient.FullDocumentInfo]

Зарегистрирован по адресу: [Patient.RegAddress]

тел.(городск., моб.): [Patient.MainPhone]

e-mail: [Patient.Email]

За Исполнителя:

За Заказчика:

За Потребителя:

\_\_\_\_\_/В.Р. Шастина/

\_\_\_\_\_/ [Customer.Initials] /

\_\_\_\_\_/ [Patient.Initials] /



**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы  
«Госпиталь для ветеранов войн № 2 Департамента здравоохранения города Москвы»**

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ О ПОЛУЧЕНИИ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ  
УСЛУГ И НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, [Patient.Fullname], обращаясь за получением медицинской помощи в отделение платных медицинских услуг ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ», даю согласие оказать мне платные медицинские услуги:

%NAME%

Мне разъяснено и понятно, что по полису обязательного медицинского страхования или за счет средств соответствующего бюджета я могу получить медицинские услуги бесплатно при наличии направления на консультацию/госпитализацию, выданные медицинским учреждением Департамента здравоохранения города Москвы.

Мне разъяснено и понятно, что медицинские услуги бесплатно мне могут быть оказаны ГБУЗ «ГВВ № 2 ДЗМ» по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии моего (Потребителя) здоровья.

Одновременно даю согласие на:

- обработку моих персональных данных (фамилии, имени, отчества, пола, даты рождения, адреса проживания, контактного телефона, реквизитов полиса медицинского страхования, данных о состоянии 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;
- передачу моих персональных данных другим должностным лицам Исполнителя в интересах обследования и лечения, а также сообщение о моем местонахождении и текущем состоянии здоровья через справочную службу.

Разрешаю передать данные о факте моего обращения за медицинской помощью, состоянии моего здоровья, диагнозе моего заболевания и иные сведения, полученные при моем обследовании и лечении, а также выписки из амбулаторной карты и копии моих медицинских документов моему доверенному лицу:

\_\_\_\_\_, дата рождения \_\_\_\_\_.

Даю согласие на получение рассылок материалов информационного и рекламного характера (напоминания о записи к специалистам, информация об акциях, скидках, новых услугах и т.п.) на:

тел.: [Patient.MainPhone]

и/или e-mail: [Patient.Email]

Потребитель:

[Account.Date]

\_\_\_\_\_/[Patient.Initials]/

Акт № [Account.Number] от [Account.Date]

Мы, нижеподписавшиеся, от лица Исполнителя главный врач ГБУЗ "ГВВ №2 ДЗМ" В.Р. Шастина и Заказчик [Customer.Fio] составили настоящий акт в том, что услуги, предусмотренные договором № [Contract.Number] от [Contract.Date], а именно:

1. платные медицинские услуги на сумму: [Account.TotalSumWithoutNds] (НДС не облагается в соответствии со ст. 149 НК РФ);
2. платные немедицинские услуги на сумму: [Account.TotalSumWithNds], в том числе НДС [Account.TotalNdsSum]

выполнены полностью.

Общая стоимость услуг по настоящему акту составляет: [Account.TotalSum].

Услуги оказаны в полном объеме и полностью соответствуют требованиям Договора.

Стороны к друг другу претензий не имеют.

Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

**Исполнитель:**

**Заказчик:**

\_\_\_\_\_/В.Р. Шастина/

\_\_\_\_\_/[Customer.Initials]/