



Приложение № 2 к приказу от 30.09.23 № 134

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач
ФБВ «Поликлиника № 5»
Александрова Е.Б./

ФОРМА
Договор _____
на оказание платных медицинских услуг

Москва

«___» _____ г.

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 5» Управления делами Президента Российской Федерации, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____ года, с одной стороны, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах _____, именуемого в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. СВЕДЕНИЯ О СТОРОНАХ ДОГОВОРА

1.1. *Сведения об Исполнителе.*

1.1.1. Наименование организации: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Поликлиника № 5» Управления делами Президента Российской Федерации.

1.1.2. Адрес местонахождения: г. Москва, ул. Плющиха, д. 14.

1.1.3. Адрес места оказания медицинских услуг: г. Москва, ул. Плющиха, д. 14.

1.1.4. Данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в ЕГРЮЛ, с указанием органа, осуществляющего госрегистрацию: ОГРН 1037739245059, дата регистрации – 28.01.2003, данные о регистрирующем органе – Межрайонная инспекция Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, ИНН 7704091053.

1.1.5. Номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации, наименование, адрес местонахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа: лицензия Л041-00110-77/00319258 от 21 февраля 2018г., выдана Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (109074, Москва, Славянская площадь, д. 4, стр. 1, тел.: +7 (495) 698-45-38, +7 (499) 578-02-30).

1.1.6. Перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, содержится в соответствующей лицензии Исполнителя, перечислен в п. 8.3. Договора и находится в доступной форме на информационных стендах (стойках) Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя.

1.1.7. Сайт <https://5-polyclinic.ru/>

1.2. *Сведения о Заказчике.*

1.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

1.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

1.2.3. Телефон: _____

1.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: _____

1.3. *Сведения о Потребителе.*

1.3.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) _____

1.3.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: _____

1.3.3. Телефон: _____

1.3.4. Данные документа, удостоверяющего личность: _____

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

2.1. На условиях настоящего Договора Исполнитель обязуется оказать Потребителю на возмездной основе медицинские услуги/комплекс медицинских услуг в соответствии с Приложением (Дополнительным соглашением) к настоящему Договору, отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а Потребитель и/или Заказчик обязуется принять и оплатить медицинские услуги, в порядке и в сроки, установленные Договором.

2.2. При необходимости Потребителю, с его согласия, могут быть оказаны дополнительные медицинские услуги, перечень которых определяется в дополнительном соглашении к настоящему Договору.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. *Исполнитель обязуется:*

3.1.1. Организовывать и оказывать медицинские услуги в соответствии лицензией и действующим законодательством Российской Федерации.

3.1.2. Обеспечить Потребителя бесплатной, доступной и достоверной информацией об оказываемой медицинской помощи. Предложить Потребителю ознакомиться и подписать информированное добровольное согласие на предоставление платных медицинских услуг, а так же дополнительных услуг, необходимых для исполнения договора.

3.1.3. Уведомить Потребителя о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «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.

3.1.4. После исполнения Договора/получения медицинской услуги, по письменной заявке Потребителя выдать 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 в порядке и сроки установленные Приказом Минздрава России и локальными нормативными актами.

3.1.5. Проинформировать Потребителя (Заказчика) о возможных, но не обязательных рисках возникновения побочных эффектов, осложнений для здоровья в силу специфики самой медицинской технологии.

3.2. *Исполнитель имеет право:*

3.2.1. Получать от Потребителя всю информацию, необходимую для качественного и полного оказания ему платных медицинских услуг.

3.2.2. Получать вознаграждение за оказание услуг по настоящему Договору.

3.2.3. Оказывать платные медицинские услуги в полном объеме стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций, утвержденных Минздравом России, либо по просьбе Потребителя в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

3.2.4. Требовать от Потребителя бережного отношения к имуществу Исполнителя и соблюдения им Правил внутреннего распорядка Поликлиники.

3.2.5. Отказать в оказании платных медицинских услуг при выявлении противопоказаний у Пациента.

3.2.6. Отказать Пациенту в оказании медицинской помощи в случае нарушения им условий п. 3.3 настоящего Договора.

3.2.7. Отказать в оказании платных медицинских услуг Пациенту, находящемуся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

3.3. *Потребитель и/или Заказчик обязуется:*

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

3.3.2. Информировать Исполнителя о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях.

3.2.3. Соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

3.2.4. являться на прием в назначенное время, о невозможности явки на прием уведомить по телефону не менее чем за 4 часа до назначенного времени приема. При опоздании пациента на прием более чем на 15 минут, Исполнитель вправе отказать в оказании услуги, либо услуга оказывается в порядке живой очереди при наличии резервов у специалиста.

3.2.5. Ознакомиться и подписать: информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство, согласованный с врачом план лечения, которые хранятся в медицинской карте. Без подписания документов, указанных в настоящем пункте Договора, оказание медицинских услуг Пациенту по настоящему договору невозможно.

3.2.6. Выполнять Правила внутреннего распорядка Поликлиники, требования и предписания медицинского персонала Исполнителя как необходимые условия предоставления ему качественной медицинской помощи.

3.2.7. При получении стоматологических медицинских услуг проводить начатое лечение только у Исполнителя, не обращаясь одновременно в другие клиники. В противном случае претензии по поводу лечения будут считаться необоснованными.

3.4. *Потребитель и/или Заказчик имеет право:*

3.4.1. Получать от Исполнителя услуги, предусмотренные настоящим Договором.

3.4.2. Получать информацию о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья.

3.4.3. Получать отражающие его здоровье медицинские документы (копии и выписки из медицинских документов) в соответствии с Положением о хранении медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, основаниях, сроках и порядке предоставления копии медицинской карты и выписок, порядком ознакомления с медицинской документацией, утвержденным приказом главного врача.

3.4.4. На отказ от медицинского вмешательства.

3.5. Потребитель и Исполнитель обладают и несут иные обязанности, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

4. УСЛОВИЯ И ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА

4.1. Платные медицинские услуги оказываются на основе добровольного волеизъявления потребителя (законного представителя потребителя) и согласия Потребителя приобрести медицинскую услугу на возмездной основе за счет средств Потребителя или Заказчика.

4.2. Предельные сроки ожидания платных медицинских услуг не превышают сроков, установленных Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или достигаются соглашением сторон в зависимости от ресурсных возможностей исполнителя с указанием даты оказания услуг в приложении к договору.

4.3. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством России.

4.4. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.5. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

4.6. Медицинская услуга считается оказанной качественно при условии, что при её оказании Исполнителем были соблюдены обязательные требования соответствующих нормативно-правовых актов, услуга была оказана своевременно и в согласованном Сторонами объёме, были правильно выбраны методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

4.7. Претензии принимаются в течение десяти дней со дня, когда услуга, повлекшая за собой претензию Пациента, была оказана.

4.8. Обращения граждан принимаются по адресу: Москва, ул. Плющиха, 14.

4.9. Все претензии, поступившие Исполнителю в письменном виде, рассматриваются в сроки, установленные законодательством Российской Федерации.

4.10. Гарантийный срок на оказываемые стоматологические услуги составляет 1 год с момента

окончания оказания медицинской услуги (по данным медицинской карты), на которую распространяется гарантия.

5. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

5.1. Стоимость предоставляемых медицинских услуг указана в дополнительном соглашении к Договору и не подлежит изменению в течение всего срока его действия.

5.2. Оплата медицинских услуг осуществляется до начала оказания медицинских услуг:

- по безналичному расчету банковской картой - на расчетный счет Исполнителя, указанный в реквизитах Сторон;

- путем внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

При получении медицинских услуг по ортопедической стоматологии перед выполнением работ производится оплата в размере не менее 50% стоимости. Окончательный расчет по ортопедической стоматологии производится по окончании работ, в день предоставления услуги.

Пациенту (Заказчику) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставляемых медицинских услуг.

5.3. Возврат оплаченных денежных средств за оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с утвержденным Положением о порядке предоставления платных медицинских услуг в ФГБУ «Поликлиника № 5».

5.4. При необходимости оказания услуг, не входящих в объем оплаченной Программы (по желанию пациента и по рекомендации врача-специалиста), данные услуги оказываются по ценам действующего прейскуранта, с применением действующих скидок.

6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания Сторонами и действует один год.

6.2. Настоящий Договор может быть изменен либо досрочно прекращен по обоюдному согласию Сторон, оформленному в виде дополнительного Соглашения Сторон и подписанного Исполнителем и Потребителем и/или Заказчиком.

6.3. Настоящий Договор может быть досрочно прекращен в одностороннем порядке в случае невыполнения одной из Сторон обязательств по настоящему Договору.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную действующим законодательством Российской Федерации.

7.2. Стороны освобождаются от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение, ненадлежащее исполнение явилось следствием непреодолимой силы, форс-мажорных обстоятельств и по иным обстоятельствам, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.3. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению в соответствии с законодательством Российской Федерации.

7.4. Исполнитель освобождается от ответственности:

7.4.1. за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало нарушение Пациентом условий настоящего Договора, в случаях осложнений и побочных эффектов, связанных с биологическими особенностями организма Пациента, а также в случае, если Пациент не проинформировал Исполнителя о перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях, противопоказаниях, а также по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством Российской Федерации.

7.4.2. за наступление осложнений, возникновение побочных результатов, ухудшение первоначально достигнутого результата в случаях: отказа Заказчика от дополнительных обследований, объективно необходимых для назначения и проведения лечения и профилактики нежелательных возможных осложнений; невыполнения или ненадлежащего выполнения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача и специалистов Исполнителя, в том числе дома; отказа Пациента от необходимого курса лечения или самовольного прерывания проводимого курса лечения; наличия у Пациента общих заболеваний, требующих терапевтического лечения, скрытых Пациентом и вследствие этого, не учтенных лечащим врачом при назначении лечения; наличия у Пациента индивидуальной непереносимости и (или) патологических токсических реакций на медикаментозные средства и (или) пломбирочные материалы, выявленных в процессе оказания медицинских услуг.

7.4.3. при оказании стоматологических услуг за наступление осложнений, не связанных с нарушением методик диагностики, профилактики и лечения, в том числе в случаях рецидива периодонтита, повышения или снижения чувствительности слизистой оболочки рта, зубов, кожи лица, замедленного заживления тканей, болевых ощущений; осложнений, связанных с переделкой и (или) исправлением результатов работ, произведенных в другом медицинском учреждении или самим Пациентом; осложнений, возникших вследствие несоблюдения условий и правил ретенционного периода при оказании услуг в области ортодонтии.

7.5. Все споры и разногласия, возникшие между Сторонами по настоящему Договору, разрешаются путем переговоров между Сторонами, а в случае недостижения согласия - в судебном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

8.1. Договор составляется в 3 экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 экземплярах.

8.2. Стороны договорились о возможности использования факсимиле подписи (клише с подписи) уполномоченного лица Исполнителя для подписания настоящего договора и документов, необходимых для заключения и исполнения договора, в качестве аналога собственноручной подписи, равнозначного собственноручной подписи. При этом указанные документы имеют такую же юридическую силу, какую бы имели документы, подписанные уполномоченным лицом Исполнителя собственноручно на основании пункта 2 статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации.

8.3. Все приложения и дополнительные соглашения являются неотъемлемой частью Договора.

8.4. В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик ознакомлен с перечнем работ (услуг), отраженных в лицензии на медицинскую деятельность: при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерскому делу, анестезиологии и реаниматологии, вакцинации (проведению профилактических прививок), лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебному делу, медицинской статистике, медицинскому массажу, рентгенологии, сестринскому делу, сестринскому делу в косметологии, стоматологии, стоматологии ортопедической, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: вакцинации (проведение профилактических прививок); общей врачебной практике (семейной медицине), организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, терапии; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: клинической лабораторной диагностике, терапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: акушерству и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий и искусственного прерывания беременности), акушерству и гинекологии (искусственному прерыванию беременности), аллергологии и иммунологии, анестезиологии и реаниматологии, гастроэнтерологии, гематологии, дерматовенерологии, диетологии, инфекционным болезням, кардиологии, клинической лабораторной диагностике, клинической фармакологии, колопроктологии, косметологии, лечебной физкультуре, мануальной терапии, медицинской микробиологии, медицинской статистике, неврологии, нефрологии, онкологии, организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии, ортодонтии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, пластической хирургии, профпатологии, психиатрии, психиатрии-наркологии, психотерапии, пульмонологии, ревматологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сердечно-сосудистой хирургии, спортивной медицине, стоматологии общей практики, стоматологии ортопедической, стоматологии терапевтической, стоматологии хирургической, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, хирургии, челюстно-лицевой хирургии, эндокринологии, эндоскопии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в условиях дневного стационара по: анестезиологии и реаниматологии, клинической лабораторной диагностике; при проведении медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги) по: экспертизе временной нетрудоспособности, экспертизе качества медицинской помощи, экспертизе профессиональной пригодности; при проведении медицинских осмотров по: медицинским осмотрам

(предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим; при проведении медицинских освидетельствований по: медицинскому освидетельствованию кандидатов в усыновители, опекуны (попечители) или приемные родители, медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием; медицинскому освидетельствованию на наличие медицинских противопоказаний к управлению транспортным средством.

В момент подписания настоящего Договора Потребитель/Заказчик имел возможность ознакомления с Прейскурантом на медицинские услуги, понимает содержащуюся в нем информацию, согласен с действующими ценами на медицинские услуги и согласен с оплатой в полном размере до начала оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также ознакомлен с Правилами внутреннего распорядка Поликлиники _____ / _____
подпись / расшифровка подписи

8.5. Пациент уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Пациента _____ / _____
подпись / расшифровка подписи

8.6. Пациент дает свое согласие на получение по электронной почте _____ и в личном кабинете результатов исследований, либо получение иной медицинской информации и уведомлен, что передача сообщения является сложным многоэтапным процессом и не может обеспечить 100% гарантию безопасности доставки _____.
подпись / расшифровка подписи

8.7. Пациент дает свое согласие на получение информации по электронной почте на электронный адрес _____ и на SMS уведомление на телефонный номер _____ о новых услугах Поликлиники, а также о предлагаемых новых акциях на оказываемые в Поликлинике медицинские услуги _____ / _____.
подпись / расшифровка подписи

Исполнитель	Заказчик	Пациент
<p>Наименование: ФГБУ «Поликлиника № 5» ИНН/КПП: 7704091053/770401001 Получатель: УФК по г.Москве (ФГБУ «Поликлиника № 5» л/сч. 20736X72920) Банк ГУ Банка России по ЦФО Р/счет: № 40501810845252000079 БИК 044525000</p> <p>_____/_____ <small>подпись / расшифровка подписи</small> М.П.</p>	<p>ФИО: _____ Телефон: _____ E-mail: _____ _____/_____ <small>подпись / расшифровка подписи</small></p>	<p>ФИО: _____ Телефон: _____ E-mail: _____ _____/_____ <small>подпись / расшифровка подписи</small></p>

**Перечень медицинских услуг оказываемых
по договору на оказание платных медицинских услуг**

Код услуги	Наименование услуги	Кол-во услуг	Цена 1 услуги, руб.	Итого стоимость услуг без скидки, наценки руб.	Размер скидки, наценки %	Сумма скидки, наценки руб.	К оплате со скидкой, наценкой руб.	В том числе НДС	Срок оказания услуги
	Итого								

Всего услуг на сумму _____ (_____) рублей.

Я, _____
на настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение вышеуказанных платных медицинских услуг. Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в объеме, предусмотренном Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии со ст.ст. 80, 81 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

(личная подпись)

Исполнитель
_____/_____
М.П.

Заказчик
_____/_____

Пациент
_____/_____