

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг
(трехсторонний)

г. Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»), находящееся по адресу 119602, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003г. года в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, имеющее лицензию № ЛО-77-01-018193 от 11 июня 2019 года (бессрочно), выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела организации платных услуг Григорьевой Светланы Евгеньевны, действующего на основании доверенности №38 от 10.08.2021г., с одной стороны, и

_____ (указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина) именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет или недееспособных граждан

Я, _____ (указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именной папке в соответствии с документом, удостоверяющим личность) проживающий по адресу: _____, телефон _____

(адрес места жительства законного представителя Потребителя, телефон) паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

_____ иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (нужно указать)

_____ (нужно указать)

(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;

год рождения (словесно-цифровым способом; число, месяц, год);

реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, а также _____, именуемый (ая) в дальнейшем

_____ (указывается полное официальное наименование юридического лица, наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени юридического лица, должность уполномоченного представителя юридического лица, наделенного правом подписывать настоящий Договор, его (ее) фамилия, имя отчество полностью; указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) гражданина;)

«Заказчик», совместно именуемые «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Статья 1. Предмет договора

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Потребитель оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг представлен в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

1.2. Потребитель и Заказчик осведомлены о действующих льготах для отдельных категорий граждан и подтверждают, что на момент заключения Договора Исполнитель уведомил их 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. Подписывая настоящий Договор, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дают добровольное согласие:

1.2.1. Потребитель – на оказание ему медицинских услуг на возмездной основе. Потребитель, получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также результатах проведенного лечения, дает (при необходимости) добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме.

1.2.2. Заказчик – на оплату медицинских услуг, предоставляемых Потребителю. Потребитель (законный представитель потребителя) при подписании настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, ввсении

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 1

изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившими силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006», перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, условиями их предоставления.

- 1.3. Срок оказания медицинских услуг: с «__» _____ по «__» _____ 202_г. В случае изменения срока оказания услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение.
- 1.4. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и составляет _____.
- 1.5. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Исполнитель не вправе оказывать Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя. В случае согласия Потребителя на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действовавшим на дату заключения настоящего Договора.
- 1.6. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя и (или) Заказчика, оплата медицинских услуг осуществляется Заказчиком в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

Статья 2. Права и обязанности сторон

2.1. Права Исполнителя:

- 2.1.1. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.
- 2.1.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Заказчиком медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.
- 2.1.3. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Заказчику сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2. Обязанности Исполнителя:

- 2.2.1. Предоставлять при заключении Договора Заказчику, Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.
- 2.2.2. Информировать Потребителя, Заказчика о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.
- 2.2.3. Извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
- 2.2.4. Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.
- 2.2.5. В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.2.6. Выдавать Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
- 2.2.7. Предоставлять Потребителю и (или) Заказчику бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.
- 2.2.8. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Потребителя.
- 2.2.9. На основании письменного заявления Потребителя (законного представителя) выдавать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), сформированные в отношении Потребителя, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг. Письменное заявление составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 789н. Предоставление Потребителю (законному представителю) копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется без взимания платы в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момента подачи заявления Потребителем (законным представителем).
- 2.2.10. По требованию Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг.
- 2.2.11. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
- 2.2.12. Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.
- 2.2.13. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги Исполнитель оказывает без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
- 2.2.14. Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 2

2.3. Права Потребителя:

- 2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.2. Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору и получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.3.3. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.
- 2.3.4. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.
- 2.3.5. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.
- 2.3.6. Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора.

2.4. Обязанности Потребителя:

- 2.4.1. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.
- 2.4.2. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
- 2.4.3. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, режим лечения, установленные Исполнителем для посетителей (пациентов).
- 2.4.4. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги.
- 2.4.5. Не изымать из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного медицинскую документацию.
- 2.4.6. Прибывать для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время.
- 2.4.7. При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).
- 2.4.8. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.
- 2.4.9. До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации. Получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также результатах проведенного лечения, дает (при необходимости) добровольное согласие и (или) отказ на медицинское вмешательство в письменной форме.
- 2.4.10. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

2.5. Права Заказчика:

- 2.5.1. В случае отказа Потребителя от медицинских услуг по настоящему Договору, получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.5.2. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную Потребителю услугу по настоящему Договору.
- 2.5.3. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности.
- 2.5.4. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации запрашивать и получать сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.6. Обязанности Заказчика:

- 2.6.1. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем Потребителю по настоящему Договору.
- 2.6.2. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем Потребителю услуги.
- 2.6.3. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, установленные Исполнителем для посетителей.
- 2.6.4. При подписании Договора и других документов в соответствии с условиями настоящего Договора иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.
- 2.6.5. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.
- 2.6.6. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.
- 2.6.7. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
- 2.6.8. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги.

Статья 3. Порядок оказания медицинских услуг

- 3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74.
- 3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента зачисления на расчетный счет Исполнителя суммы, оплаченной Заказчиком в размере, указанном в пункте 1.1. настоящего Договора.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 3

Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режимом работы Учреждения и не могут превышать утвержденные сроки ожидания оказания медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, Приказом ДЗМ от 25.07.2018 № 500 и Приказом ДЗМ от 30.07.2013 № 750. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг.

3.3. По окончании оказания Потребителю медицинских услуг Исполнитель направляет Потребителю и Заказчику по почте или нарочным Акт, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору). Потребитель и Заказчик обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте либо вручить лично (нарочным) один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта или мотивированного отказа от подписания Акта. Оба экземпляра Акта, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

3.4. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта и подлежат оплате.

3.5. В случае, если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя и (или) Заказчика Потребителем не направлен подписанный им Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока и услуги подлежат оплате.

Статья 4. Порядок расчетов

4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Потребителем в течении 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания Сторонами настоящего Договора по получения услуг Потребителем в российских рублях в порядке 100% предоплаты путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или предоставление документа, подтверждающего оплату.

4.2. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.5 настоящего Договора Заказчик обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг.

4.3. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически оказанные Потребителю медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4.4. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.6. настоящего Договора) Исполнитель по окончании оказания Потребителю медицинских услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Заказчику в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, либо наличным расчетом через кассу Исполнителя.

Статья 5. Ответственность Сторон

5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае неоплаты Заказчиком стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора, а также не подписания информированного добровольного согласия Потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем и (или) Заказчиком условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Потребитель и Заказчик предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 2.4.2, 2.6.7 настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 2.4.3, 2.4.4, 2.4.9, 2.6.5, 2.6.8 и 1.6 настоящего Договора.

5.6. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.

5.7. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пяти рабочих дней с момента ее получения Стороной.

5.8. Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.6 и 5.7 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе ознакомиться с иском в суд.

5.9. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.10. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 6. Порядок изменения и расторжения договора

6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями Сторон, уполномоченными на подписание таких документов, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 10 (десяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 4

6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.

6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой Стороны.

6.6. Уведомление об одностороннем расторжении договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, включая мобильную связь, электронную почту обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

Статья 7. Прочие условия

7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица - что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.

7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.

7.4. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Исполнителем (уполномоченным представителем Исполнителя) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, Потребителю и им принятые (принятые уполномоченным представителем Потребителя) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).

7.5. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель даст Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

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

Статья 8. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dpcb18@gmail.com

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

ОКТМО 45323000

ОКВЭД 86.10

КБК 00000000000000000131

Потребитель:

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт:

серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Полное официальное наименование:

Сокращенное официальное наименование:

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Свидетельство о внесении записи в

ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России № _____ по г. _____; серия _____ номер _____

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности

уполномоченного представителя

Потребителя

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 5

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП
ДЗМ»

_____ /Григорьева С.Е./
м.п.

_____ И.О. Фамилия

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 6

Перечень платных медицинских услуг

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого Стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____ (_____) рублей _____ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dnpb18@yandex.ru

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва

Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

ОКТМО 45323000

ОКВЭД 86.10

КБК 00000000000000000131

Потребитель (законный представитель Потребителя)

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Полное официальное наименование:

Сокращенное официальное наименование:

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Свидетельство о внесении записи в

ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России №

_____ по г. _____ :серия _____ номер _____

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности уполномоченного представителя Потребителя

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

_____/Тригорьева С.Е./

м.п.

_____/И.О. Фамилия

Заказчик:

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Полное официальное наименование:

Сокращенное официальное наименование:

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России № _____ по г.

_____ :серия _____ номер _____

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности уполномоченного представителя Потребителя

_____ Фамилия И.О.

ФОРМА
АКТ сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва

«___» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»), находящееся по адресу 119602, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003г. года в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, имеющее лицензию № ЛО-77-01-018193 от 11 июня 2019 года (бессрочно), выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела организации платных услуг Григорьевой Светланы Евгеньевны, действующего на основании доверенности №38 от 10.08.2021г., с одной стороны, и

_____ (указывается фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина) именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан

Я, _____ (указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность) проживающий по адресу: _____, телефон _____

_____ (адрес места жительства законного представителя Потребителя, телефон) паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

_____ иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (нужное указать)

_____ (нужное указать)

(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина; год рождения (словесно-цифровым способом; число, месяц, год); реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, а также _____ (указывается полное официальное наименование юридического лица, наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени юридического лица, должность уполномоченного представителя юридического лица, наделенного правом подписывать настоящий Договор, его (ее) фамилия, имя отчество полностью, либо полностью фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина) Именуемый в дальнейшем «Заказчик», совместно именуемые «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____ (далее - Договор) оказал, а Потребитель и Заказчик принял фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					

2. Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору, составляет () рублей ___ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем и Заказчиком.

4. Потребитель и Заказчик не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Оплата по договору составляет _____ () рублей ___ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

6. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

7. Настоящий Акт составлен в трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись) Страница 9

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города
Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии
Департамента здравоохранения города Москвы»

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dpnb18@gmail.com

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России

по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва

Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

ОКТМО 45323000

ОКВЭД 86.10

КБК 00000000000000000131

**Потребитель (законный представитель
Потребителя):**

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия_номер__

Наименование органа, выдавшего

паспорт:

Дата выдачи паспорта:

**Иной документ, удостоверяющий
личность, его реквизиты, кем и когда
выдан:**

Полное официальное наименование:

**Сокращенное официальное
наименование:**

Наименование получателя платежа

(для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для

платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Свидетельство о внесении записи в

ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России №

__ по г. __: серия_номер__

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности

уполномоченного представителя

Потребителя

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП
ДЗМ»

_____/Григорьева С.Е./

м.п.

_____/И.О. Фамилия

Заказчик:

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия_номер__

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Полное официальное наименование:

Сокращенное официальное наименование:

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 10

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России № ____ по г.
_____: серия __ номер _____

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности уполномоченного представителя Потребителя

_____ Фамилия И.О.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с юридическим лицом)

г. Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»), находящееся по адресу 119602, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003г. года в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, имеющее лицензию № ЛО-77-01-018193 от 11 июня 2019 года (бессрочно), выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела организации платных услуг Григорьевой Светланы Евгеньевны, действующего на основании доверенности №38 от 10.08.2021г., с одной стороны, и

(указывается полное официальное наименование юридического лица, наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени юридического лица, должность уполномоченного представителя юридического лица, наделенного правом подписывать настоящий Договор, его (ее) фамилия, имя отчество полностью)
именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

**Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет
или недееспособных граждан**

Я, _____,
(указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу: _____, телефон _____
(адрес места жительства законного представителя Потребителя, телефон)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ (нужное указать)
Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (нужное указать)
(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;
год рождения (словесно-цифровым способом; число, месяц, год);
реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, совместно именуемые «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Статья 1. Предмет договора

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Потребитель оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг представлен в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень). Потребитель (законный представитель потребителя) при подписании настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившими силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006», перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, условиями их предоставления. Потребитель, получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также результатах проведенного лечения, дает (при необходимости) добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме.

1.2. Срок оказания медицинских услуг: с « _____ » _____ 202__ по « _____ » _____ 202__ г. В случае изменения срока оказания услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение.

1.3. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и составляет _____.

1.4. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Исполнитель не вправе оказывать Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя. В случае согласия Потребителя на

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись) Страница 1

оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действовавшим на дату заключения настоящего Договора.

- 1.5. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 1.6. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

Статья 2. Права и обязанности сторон

2.1. Права Исполнителя:

- 2.1.1. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.
- 2.1.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Потребителем медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.
- 2.1.3. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Потребителю сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.
- 2.2. Обязанности Исполнителя:**
- 2.2.1. Информировать Потребителя (законного представителя) о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.
- 2.2.2. Извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
- 2.2.3. Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.
- 2.2.4. В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.
- 2.2.5. Выдавать Потребителю (законному представителю) в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).
- 2.2.6. Предоставлять Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.
- 2.2.7. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Потребителя.
- 2.2.8. На основании письменного заявления Потребителя (законного представителя) выдавать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), сформированные в отношении Потребителя, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг. Письменное заявление составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 789н. Предоставление Потребителю (законному представителю) копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется без взимания платы в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момента подачи заявления Потребителем (законным представителем).
- 2.2.9. По требованию Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг.
- 2.2.10. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
- 2.2.11. Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.
- 2.2.12. Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

2.3. Права Потребителя:

- 2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.
- 2.3.2. Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору и получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.3.3. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.
- 2.3.4. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.
- 2.3.5. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.
- 2.3.6. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.
- 2.3.7. Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора.

2.4. Обязанности Потребителя:

- 2.4.1. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору.
- 2.4.2. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.4.3. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

2.4.4. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, режим лечения, установленные Исполнителем для посетителей (пациентов).

2.4.5. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги.

2.4.6. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.4.7. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

Статья 3. Порядок оказания медицинских услуг

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74.

3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю после подписания Потребителем информированного согласия на медицинское вмешательство (обследование и лечение). Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режимом работы Учреждения и не могут превышать утвержденные сроки ожидания оказания медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, Приказом ДЗМ от 25.07.2018 № 500 и Приказом ДЗМ от 30.07.2013 № 750. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг.

3.3. По окончании оказания Потребителю медицинских услуг Исполнитель направляет Потребителю по почте или нарочным Акт, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору). Потребитель обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте либо вручить лично (нарочным) один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта или мотивированного отказа от подписания Акта. Оба экземпляра Акта, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

3.4. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта и подлежат оплате.

3.5. В случае, если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя Потребителем не направлен подписанный им Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока и услуги подлежат оплате.

Статья 4. Порядок расчетов

4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Потребителем в течении 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания обеими Сторонами настоящего Договора по получения услуг Потребителем в российских рублях в порядке 100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.2. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.4 настоящего Договора Потребитель обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг.

4.3. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя (законного представителя) от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель (законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4.4. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.6. настоящего Договора) Исполнитель по окончании оказания Потребителю медицинских услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Потребителю в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, либо наличным расчетом через кассу Исполнителя.

Статья 5. Ответственность Сторон

5.1. В случае неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в п.4.1 настоящего Договора, Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг до оплаты последним ее стоимости.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем (законным представителем) условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 2.4.3 настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 2.4.4, 2.4.5, 2.4.9 и 1.6 настоящего Договора.

5.5. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.

5.6. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пяти рабочих дней с момента ее получения Стороной.

5.7. Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.6 и 5.7 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе ознакомиться с иском в суд.

5.8. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.9. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 3

Статья 6. Порядок изменения и расторжения договора

- 6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями Сторон, уполномоченными на подписание таких документов, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 6.2. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 5 (пяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.
- 6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.
- 6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой Стороны.
- 6.6. Уведомление об одностороннем расторжении договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, включая мобильную связь, электронную почту обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

Статья 7. Прочие условия

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.
- 7.2. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица - что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.
- 7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.
- 7.4. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Исполнителем (уполномоченным представителем Исполнителя) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, Потребителю и им принятые (принятые уполномоченным представителем Потребителя) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).
- 7.5. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель даст Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
- 7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.
- 7.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

Статья 8. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dprnb18@z@gmail.com

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ») л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

Потребитель:

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт:

серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Полное официальное наименование:

Сокращенное официальное наименование:

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Свидетельство о внесении записи в

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 4

ОКТМО 45323000
ОКВЭД 86.10
КБК 00000000000000000131

ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России №
_____ по г. _____; серия _____ номер _____

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности
уполномоченного представителя
Потребителя

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП
ДЗМ»

_____/Григорьева С.Е./
м.п.

_____/И.О. Фамилия

Перечень платных медицинских услуг

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, шт.	Стоимость за единицу, в т.ч. НДС 20%, руб.	Итого стоимость, в т.ч. НДС 20% руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС 20%					

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____ (_____) рублей __копеек, в том числе НДС 20% (_____)рублей __копеек.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»
 Наименование получателя платежа (для платежных поручений):
 Место нахождения:
 119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74
 Телефон/факс: (495)430-02-38,
 Электронный адрес: dpcb18@gmail.com
 ИНН 7729152967
 КПП 772901001
 ОГРН 1037739184240
 Получатель:
 Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» л/с 2605441000680254, 2705441000680254)
 Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва
 Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300
 БИК 004525988
 ОКПО 40122693
 ОКАТО 45268579000
 ОКТМО 45323000
 ОКВЭД 86.10
 КБК 000000000000000000131

Потребитель (законный представитель Потребителя)

Фамилия:
Имя:
Отчество (при наличии):
Паспорт: серия__номер__
Наименование органа, выдавшего паспорт:
Дата выдачи паспорта:
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:
Полное официальное наименование:
Сокращенное официальное наименование:
Наименование получателя платежа (для платежных поручений):
Банк получателя платежа (для платежных поручений):
Место нахождения:
Адрес электронной почты:
Телефоны:
Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России № _____ по г. _____:серия__номер__
ИНН/КПП:
Расчетный счет:
БИК/ОКПО:
ОКАТО/ОГРН:
ОКТМО/ОКВЭД:
КБК:
Наименование должности уполномоченного представителя Потребителя

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

_____/Григорьева С.Е./

_____/И.О. Фамилия

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____(подпись)

Страница 6

ФОРМА
АКТ сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва

« ___ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»), находящееся по адресу 119602, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003г. года в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, имеющее лицензию № ЛО-77-01-018193 от 11 июня 2019 года (бессрочно), выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела организации платных услуг Григорьевой Светланы Евгеньевны, действующего на основании доверенности №38 от 10.08.2021г., с одной стороны, и

указывается полное официальное наименование юридического лица, наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени юридического лица, должность уполномоченного представителя юридического лица, наделенного правом подписывать настоящий Договор, его (ее) фамилия, имя отчество полностью) именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет или недееспособных граждан

Я, _____
(указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именной падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу: _____, телефон _____
(адрес места жительства законного представителя Потребителя, телефон)

паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя _____

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

(нужное указать)

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____

(нужное указать)

(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;
год рождения (словесно-цифровым способом; число, месяц, год);
реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____ (далее - Договор) оказал, а Потребитель принял фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, шт.	Стоимость за единицу, в т.ч. НДС 20%, руб.	Итого стоимость, в т.ч. НДС 20%, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС 20%					

2. Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору, составляет () рублей ___ копеек, в том числе НДС 20% () руб. ___ копеек.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем.

4. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Оплата по договору составляет _____ () рублей ___ копеек, в том числе НДС 20% () руб. ___ копеек.

6. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

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

Исполнитель:

Потребитель (законный представитель)

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 7

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города
Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии
Департамента здравоохранения города Москвы»

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dnpb18@gmail.com

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России
по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва

Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

ОКТМО 45323000

ОКВЭД 86.10

КБК 00000000000000000131

Потребителя):

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия__номер__

Наименование органа, выдавшего
паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий
личность, его реквизиты, кем и когда
выдан:

Полное официальное наименование:

Сокращенное официальное
наименование:

Наименование получателя платежа
(для платежных поручений):

Банк получателя платежа (для
платежных поручений):

Место нахождения:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

Свидетельство о внесении записи в
ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России №
__ по г. __; серия__номер__

ИНН/КПП:

Расчетный счет:

БИК/ОКПО:

ОКАТО/ОГРН:

ОКТМО/ОКВЭД:

КБК:

Наименование должности
уполномоченного представителя
Потребителя

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП
ДЗМ»

_____/Григорьева С.Е./

м.п.

_____/И.О. Фамилия

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 8

**Договор № _____
на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом)**

г. Москва

« _____ » _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»), находящееся по адресу 119602, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003г. года в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, имеющее лицензию № ЛО-77-01-018193 от 11 июня 2019 года (бессрочно), выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела организации платных услуг Григорьевой Светланы Евгеньевны, действующего на основании доверенности №38 от 10.07.2023г., с одной стороны, и

_____,
(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью)
именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

**Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет
или недееспособных граждан**

Я, _____,
(указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу: _____, телефон _____,
(адрес места жительства законного представителя Потребителя, телефон)

паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____,

иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя _____,

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____

(нужное указать)

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____

(нужное указать)

(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;
год рождения (словесно-цифровым способом; число, месяц, год);
реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

Статья 1. Предмет договора

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ», утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее - Прейскурант), а Потребитель оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг представлен в приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

1.2. Потребитель (законный представитель) осведомлен о действующих льготах для отдельных категорий граждан и подтверждает, что на момент заключения Договора Исполнитель уведомил его 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. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (законный представитель), действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дает добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на возмездной основе. Потребитель (законный представитель) при подписании настоящего Договора ознакомлен с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023г. № 736 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации и признании утратившими силу постановления Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. № 1006», перечнем предоставляемых Исполнителем медицинских услуг, условиями их предоставления. Потребитель, получив в доступной форме от Исполнителя информацию о состоянии здоровья Пациента, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанных с ним рисках, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях, а также результатах проведенного лечения, дает добровольное согласие на медицинское вмешательство в письменной форме.

1.3. Срок оказания медицинских услуг: с « _____ » _____ 202__ г. по « _____ » _____ 202__ г. В случае изменения срока оказания услуг, стороны подписывают дополнительное соглашение.

1.4. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и составляет _____.

1.5. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Исполнитель не вправе оказывать

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 1

Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя. В случае согласия Потребителя на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действовавшим на дату заключения настоящего Договора.

1.6. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

Статья 2. Права и обязанности сторон

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.

2.1.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Потребителем медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.1.3. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Потребителю сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1. Предоставлять при заключении Договора Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2.2.2. Предоставлять при заключении Договора по требованию Потребителя (законного представителя) в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

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

б) информация о конкретном медицинском работнике, предоставляющем соответствующую платную медицинскую услугу (его профессиональном образовании и квалификации);

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

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.2.3. Информировать Потребителя (законного представителя) о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.

2.2.4. Извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.2.5. Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.

2.2.6. В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

2.2.7. Выдавать Потребителю (законному представителю) в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

2.2.8. Предоставлять Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.

2.2.9. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Потребителя.

2.2.10. На основании письменного заявления Потребителя (законного представителя) выдавать ему медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), сформированные в отношении Потребителя, отражающие состояние его здоровья после получения медицинских услуг. Письменное заявление составляется в свободной форме и содержит данные в соответствии с Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 789н. Предоставление Потребителю (законному представителю) копий медицинских документов и выписок из них на бумажном носителе осуществляется без взимания платы в количестве одного экземпляра в срок 30 дней с момента подачи заявления Потребителем (законным представителем).

2.2.11. По требованию Потребителя без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг.

2.2.12. Немедленно извещать Потребителя (законного представителя) о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.2.13. Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.

2.2.14. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуются предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги Исполнитель оказывает без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2.15. Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

2.3. Права Потребителя (законного представителя):

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

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 2

- 2.3.2. Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору и получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.
- 2.3.3. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.
- 2.3.4. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.
- 2.3.5. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.
- 2.3.6. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.
- 2.3.7. Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора.
- 2.4. Обязанности Потребителя (законного представителя):**
- 2.4.1. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору.
- 2.4.2. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.
- 2.4.3. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.
- 2.4.4. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать правила поведения, режима работы, режим лечения, установленные Исполнителем для посетителей (пациентов).
- 2.4.5. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги.
- 2.4.6. Не изымать из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного медицинскую документацию.
- 2.4.7. Прибыть для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время.
- 2.4.8. При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).
- 2.4.9. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.
- 2.4.10. До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.
- 2.4.11. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

Статья 3. Порядок оказания медицинских услуг

- 3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74.
- 3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю после подписания Потребителем информированного согласия на медицинское вмешательство (обследование и лечение). Предоставление платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с расписанием медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, и режимом работы Учреждения и не могут превышать утвержденные сроки ожидания оказания медицинской помощи в соответствии с Программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, Приказом ДЗМ от 25.07.2018 № 500 и Приказом ДЗМ от 30.07.2013 № 750. Срок предоставления платных медицинских услуг определяется в зависимости от индивидуального объема оказываемых медицинских услуг.
- 3.3. По окончании оказания Потребителю медицинских услуг Исполнитель направляет Потребителю по почте или нарочным Акт, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору). Потребитель обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте либо вручить лично (нарочным) один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта или мотивированного отказа от подписания Акта. Оба экземпляра Акта, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.
- 3.4. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта и подлежат оплате.
- 3.5. В случае, если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя Потребителем не направлен подписанный им Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких-либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока и услуги подлежат оплате.

Статья 4. Порядок расчетов

- 4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Потребителем по факту оказанных медицинских услуг в день подписания Акта сдачи-приемки оказанных услуг обеими Сторонами настоящего Договора в российских рублях путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.
- 4.2. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.4 настоящего Договора Потребитель обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг.
- 4.3. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя (законного представителя) от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель (законный представитель) оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.
- 4.4. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.6. настоящего Договора) Исполнитель по окончании оказания Потребителю медицинских услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Потребителю в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, либо наличным расчетом через кассу

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 3

Статья 5. Ответственность Сторон

- 5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае:
-неоплаты Потребителем стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в п.4.1 настоящего договора;
- отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) от предоставления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.
- 5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.
- 5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем (законным представителем условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 5.4. Потребитель предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.
- 5.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем (законным представителем) неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 2.4.3 настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 2.4.4, 2.4.5, 2.4.9 и 1.6 настоящего Договора.
- 5.6. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.
- 5.7. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать пяти рабочих дней с момента ее получения Стороной.
- 5.8. Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.6 и 5.7 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе ознакомиться с иском в суд.
- 5.9. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.
- 5.10. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 6. Порядок изменения и расторжения договора

- 6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями Сторон, уполномоченными на подписание таких документов, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.
- 6.2. Расторжение договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
- 6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 5 (пяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.
- 6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.
- 6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой Стороны.
- 6.6. Уведомление об одностороннем расторжении договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, включая мобильную связь, электронную почту обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

Статья 7. Прочие условия

- 7.1. Настоящий договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.
- 7.2. Стороны пришли к соглашению о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица - что не противоречит требованиям статьи 160 Гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего документ лица.
- 7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.
- 7.4. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Исполнителем (уполномоченным представителем Исполнителя) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, Потребителю и им принятые (принятые уполномоченным представителем Потребителя) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).
- 7.5. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель даст Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.
- 7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

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

Статья 8. Адреса и реквизиты Сторон

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dphb18@gmail.com

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ») л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

ОКТМО 45323000

ОКВЭД 86.10

КБК 0000000000000000131

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

_____ /Григорьева С.Е./

м.п.

Потребитель (законный представитель Потребителя):

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт:

серия _____ номер _____

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:

Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан:

Адрес проживания:

Адрес регистрации:

Телефоны

Электронный адрес:

_____ И.О. Фамилия

Перечень платных медицинских услуг

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет: _____ (_____) рублей __ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы»
ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»
Наименование получателя платежа (для платежных поручений):
Место нахождения:
119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74
Телефон/факс: (495)430-02-38,
Электронный адрес: dprnb18@gmail.com
ИНН 7729152967
КПП 772901001
ОГРН 1037739184240
Получатель:
Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» л/с 2605441000680254, 2705441000680254)
Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва
Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300
БИК 004525988
ОКПО 40122693
ОКАТО 45268579000
ОКТМО 45323000
ОКВЭД 86.10
КБК 00000000000000000131

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

_____/Григорьева С.Е./

м.п.

Потребитель (законный представитель Потребителя)

Фамилия:
Имя:
Отчество (при наличии):
Паспорт: серия_номер_____
Наименование органа, выдавшего паспорт:
Дата выдачи паспорта:
Иной документ, удостоверяющий личность, его реквизиты, кем и когда выдан:
Документ, подтверждающий право представлять интересы Потребителя, его реквизиты, кем и когда выдан:
Адрес проживания:
Адрес регистрации:
Телефоны
Электронный адрес:

И.О. Фамилия

ФОРМА
АКТ сдачи-приемки оказанных услуг

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»), находящееся по адресу 119602, г. Москва, ул. Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003г. года в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, имеющее лицензию № ЛО-77-01-018193 от 11 июня 2019 года (бессрочно), выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, Москва, 127006, тел. (499) 251-83-00, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Начальника отдела организации платных услуг Григорьевой Светланы Евгеньевны, действующего на основании доверенности №38 от 10.07.2023г., с одной стороны, и

_____ (указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) полностью)
именуемый (ая) в дальнейшем «Потребитель»,

**Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет
или недееспособных граждан**

Я, _____,
(указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу: _____, телефон _____
(адрес места жительства законного представителя Потребителя, телефон)
паспорт: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) _____ (нужное указать)
Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным): _____ (нужное указать)
(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее - при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;
год рождения (словесно-цифровым способом; число, месяц, год);
реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

с другой стороны, вместе именуемые «Стороны» и каждый в отдельности «Сторона», составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от _____ № _____ (далее - Договор) оказал, а Потребитель принял фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол-во, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					

2. Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору составляет () рублей _____ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем.

4. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Оплата по договору составляет _____ () рублей _____ копеек, в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

6. Настоящий Акт является основанием для расчета Сторон в соответствии с Договором.

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

Исполнитель:

Потребитель (законный представитель)

Потребитель (законный представитель Потребителя): _____ (подпись)

Страница 7

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города
Москвы «Научно-практический центр детской психоневрологии
Департамента здравоохранения города Москвы»

ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Место нахождения:

119602, г. Москва, Мичуринский проспект, д.74

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dprnb18@gmail.com

ИНН 7729152967

КПП 772901001

ОГРН 1037739184240

Получатель:

Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ»

л/с 2605441000680254, 2705441000680254)

Единый казначейский счет 40102810545370000003 в ГУ Банка России

по ЦФО// УФК по г. Москве г. Москва

Казначейский счет (р/с) 03224643450000007300

БИК 004525988

ОКПО 40122693

ОКАТО 45268579000

ОКТМО 45323000

ОКВЭД 86.10

КБК 00000000000000000131

Начальник отдела организации платных услуг ГБУЗ «НПЦ ДП
ДЗМ»

_____/Григорьева С.Е./

м.п.

Потребителя):

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия__номер__

Наименование органа, выдавшего
паспорт:

Дата выдачи паспорта:

Иной документ, удостоверяющий
личность, его реквизиты, кем и когда
выдан:

Документ, подтверждающий право
представлять интересы Потребителя,
его реквизиты, кем и когда выдан:

Адрес проживания:

Адрес регистрации:

Телефоны

Электронный адрес:

И.О. Фамилия