

**Распоряжение Департамента здравоохранения г. Москвы от  
24 марта 2021 г. N 1011-р  
"Об утверждении форм договоров на оказание платных  
медицинских услуг"**

В целях совершенствования эффективности деятельности медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь:

1. Утвердить формы договоров на оказание платных медицинских услуг для применения в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь:

- договор на оказание платных медицинских услуг (с физическим лицом) ([приложение 1](#) к настоящему распоряжению);

- договор на оказание платных медицинских услуг (с юридическим лицом) ([приложение 2](#) к настоящему распоряжению);

- договор на оказание платных медицинских услуг (трехсторонний) ([приложение 3](#) к настоящему распоряжению).

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь, рекомендовать использование утвержденных форм договоров в соответствии с [пунктом 1](#) настоящего распоряжения.

3. Заместителю руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Тырову И.А. обеспечить размещение утвержденных форм договоров ([пункт 1](#) настоящего распоряжения) в подсистеме "Клиническая информационная система" автоматизированной информационной системы города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы" в соответствии с [пунктом 1](#) настоящего распоряжения в срок до 30 марта 2021 г.

4. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Попову Э.В., заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Токарева А.С. и заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Тырова И.А.

Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы

А.И. Хрипун

ФОРМА

Договор N \_\_\_\_\_  
на оказание платных медицинских услуг  
(с физическим лицом)

Москва "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года  
(буквенно-цифровое написание)

\_\_\_\_\_ (указывается полное официальное наименование Исполнителя)  
\_\_\_\_\_ (сокращенное наименование:  
\_\_\_\_\_), находящееся по адресу: \_\_\_\_\_,  
имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности от  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года N \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_  
(указывается должность уполномоченного представителя Исполнителя,  
\_\_\_\_\_,  
наделенного правом подписывать настоящий Договор, его (ее) фамилия, имя,  
отчество (последнее - при наличии) полностью)  
действующего (ей) на основании \_\_\_\_\_,  
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего  
право заключать договоры от имени Исполнителя)  
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 фамилия, имя, отчество (последнее - при  
наличии) законного представителя Потребителя в именительном  
падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)  
проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
(адрес места жительства законного представителя Потребителя)  
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", заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**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

\_\_\_\_\_ /  
(указывается сокращенное официальное наименование Исполнителя)  
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 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, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дает добровольное согласие на оказание ему медицинских услуг на возмездной основе.

1.3. Срок оказания медицинских услуг: с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. В случае увеличения 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, оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

## **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 (наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени Исполнителя)

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 фамилия, имя, отчество (последнее – при  
 наличии) законного представителя Потребителя в именительном  
 падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)  
 проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,  
 (адрес места жительства законного представителя Потребителя)  
 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, а также \_\_\_\_\_,  
 (указывается полностью фамилия, имя, отчество  
 (последнее – при наличии) гражданина)  
 именуемый(ая) в дальнейшем "Заказчик", совместно именуемые "Стороны",  
 составили настоящий Акт сдачи-приемки оказанных услуг (далее – Акт) о  
 нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных  
 медицинских услуг (трехсторонний) от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ (далее – Договор)  
 (указывается цифровым способом: дд.мм.гггг)  
 оказал, а Потребитель и Заказчик приняли фактически оказанные  
 Исполнителем следующие медицинские услуги:

N п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6
<b>ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается</b>					

2. Стоимость медицинских услуг Исполнителя фактически оказанных Потребителю по Договору составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(указывается цифровым (указывается словесным  
способом) способом)

рублей \_\_ копеек, в том числе НДС не облагается на основании [подпункта 2](#)  
(указывается цифровым  
способом)

[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 имеют претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

5. Оплата по Договору составляет \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(указывается цифровым (указывается словесным  
способом) способом)

рублей \_\_ копеек, в том числе НДС не облагается на основании [подпункта 2](#)  
(указывается цифровым  
способом)

[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.

**Исполнитель :**

Полное официальное наименование:  
Сокращенное официальное  
наименование:  
Наименование получателя платежа  
(для платежных поручений):  
Банк получателя платежа (для  
платежных поручений):  
Место нахождения:  
Адрес электронной почты (e-mail):  
Телефоны:  
Свидетельство о внесении записи в  
ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России N \_\_\_\_\_  
по г. Москве: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
ИНН/КПП:  
Расчетный счет:  
[БИК/ОКПО](#):  
[ОКАТО/ОГРН](#):  
[ОКТМО/ОКВЭД](#):  
[КБК](#):  
Наименование должности  
уполномоченного представителя  
Исполнителя

V \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия  
(подпись)

МП  
Оттиск  
печати

**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:

V \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия  
(подпись)

**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:  
Адрес проживания:  
Адрес регистрации:

Телефоны:

У \_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

(подпись)

**ФОРМА АКТА СДАЧИ-ПРИЕМКИ ОКАЗАННЫХ УСЛУГ СОГЛАСОВАНА**

Заказчик:

У \_\_\_\_\_

(подпись)

Потребитель (законный представитель

Потребителя): У \_\_\_\_\_