

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг
(трехсторонний)

г. Москва

« » _____ 20 ____ года
(буквенно-цифровое написание)

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, Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003 г. в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице

_____, действующего
(указывается должность уполномоченного представителя Исполнителя, наделенного правом подписывать настоящий договор, ф.и.о. (последнее - при наличии) полностью)
на основании _____, с одной стороны, и
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени Исполнителя)
и _____

**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: _____
(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)

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

(в зависимости от Заказчика указывается: для физического лица - фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); для юридического лица - указывается полное и
сокращенное наименование, адрес, должность представителя Заказчика, его фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), реквизиты документа, подтверждающего
полномочия на подписание Договора от имени Заказчика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, а далее совместно именуемые «Стороны», заключили
настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (его законного представителя), 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 Заказчик оплачивает медицинские услуги, предоставляемые Потребителю. Перечень платных медицинских услуг представлен в Приложении 1, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее - Перечень).

1.1.1. Услуги по Договору оказываются Исполнителем в соответствии с действующей лицензией на осуществление

медицинской деятельности от «11» июня 2019 года №ЛО41-01137-77/00563226, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, г. Москва, 127006, тел. 8 (499) 251-83-00.

Срок действия лицензии: бессрочно.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в соответствии с лицензией: при оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, медицинской статистике, медицинскому массажу, операционному делу, организации сестринского дела, рентгенологии, сестринскому делу в педиатрии, физиотерапии, функциональной диагностике; при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: педиатрии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: клинической лабораторной диагностике, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, неврологии, нейрохирургии, остеопатии, психиатрии, психотерапии, рентгенологии, рефлексотерапии, травматологии и ортопедии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике. При оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании специализированной медицинской помощи в стационарных условиях по: анестезиологии и реаниматологии, бактериологии, гастроэнтерологии, дезинфектологии, детской кардиологии, детской урологии-андрологии, детской эндокринологии, диетологии, клинической лабораторной диагностике, лабораторной диагностике, лечебной физкультуре, лечебной физкультуре и спортивной медицине, мануальной терапии, медицинской генетике, медицинской реабилитации, медицинской статистике, медицинскому массажу, неврологии, нейрохирургии, неонатологии, операционному делу, организации здравоохранения и общественному здоровью, организации сестринского дела, остеопатии, оториноларингологии (за исключением кохлеарной имплантации), офтальмологии, педиатрии, психиатрии, психотерапии, пульмонологии, рентгенологии, рефлексотерапии, сестринскому делу в педиатрии, стоматологии детской, терапии, травматологии и ортопедии, трансфузиологии, ультразвуковой диагностике, урологии, физиотерапии, функциональной диагностике, эпидемиологии. При проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы (услуги): при проведении медицинских экспертиз по: экспертизе временной нетрудоспособности.

- 1.2. Потребитель (законный представитель) и Заказчик, подписывая настоящий Договор, подтверждают, что 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; - том, что несоблюдение Потребителем указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя; - том, что граждане, находящиеся на лечении в ГБУЗ «НПЦ ДП ДЗМ» в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.2.1. Подписывая настоящий Договор, действуя свободно, своей волей, в своих интересах, понимая значение своих действий, дают добровольное согласие:

1.2.1.1. Потребитель (законный представитель) - на оказание ему медицинских услуг на возмездной основе.

1.2.1.2. Заказчик - на оплату медицинских услуг, предоставляемых Потребителю.

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, Исполнитель предупреждает об этом Потребителя (при наличии такой возможности). 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, 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.

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 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. Информировать Заказчика, Потребителя 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 (его 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, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.
- 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.

2.3. Права Потребителя (законного представителя):

- 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.
- 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 (законного представителя):

- 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 режим лечения, а также правила поведения, режим работы, установленные Исполнителем для 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. Прибыть 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.
- 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 режим лечения, а также правила поведения, режим 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.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- 3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва 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.
- 3.2.1. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг: предоставление платных медицинских услуг осуществляется 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 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 трех экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору). Потребитель и Заказчик обязаны 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. Экземпляры Акта, подписанные Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.
- 3.4. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта.
- 3.5. В случае если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя Заказчиком и 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, а услуги — подлежащими оплате в полном объеме.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется Заказчиком в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания Сторонами настоящего Договора до 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. 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 другие 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.

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 и (или) Заказчиком 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 и (или) Заказчиком неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктами 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 обратиться 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.

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 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.
- 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, обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

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 (или) Заказчику и им (ими) 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 трех экземплярах, имеющих равную юридическую силу, но одному для каждой из Сторон.

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:

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: dpnbl8@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

Наименование должности
уполномоченного представителя
Исполнителя

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:

Адрес проживания:

Адрес места жительства:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

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

И.О. Фамилия

/Фамилия И.О./

М.П.

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:

_____**Фамилия И.О.**

Приложение 1 к Договору на оказание
платных медицинских услуг №
(трехсторонний) от «__»____20__ г.

Перечень платных медицинских услуг

№ и/п	Номенклатур- ный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, 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: _____
(указывается цифровым способом)

(_____) рублей копеек, в том числе НДС не облагается
(указывается словесным способом)

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:

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

Наименование должности
уполномоченного представителя
Исполнителя

_____/Фамилия И.О./

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:

Адрес проживания:

Адрес места жительства:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

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

_____/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:

_____**Фамилия И.О.**

Приложение 2
к Договору на оказание платных
медицинских услуг (трехсторонний) №

от «__» _____ 20__ г.

**Форма Акта
сдачи-приемки оказанных услуг**

г. Москва

«__» _____ 20__ года
(буквенно-цифровое написание)

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, Мичуринский проспект, д. 74, ОГРН 1037739184240 запись от 22.01.2003 г. в Межрайонной инспекции Федеральной налоговой службы № 46 по г. Москве, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего

(указывается должность уполномоченного представителя Исполнителя, наделенного правом подписывать настоящий договор, ф.и.о. (последнее - при наличии) полностью)

на основании _____, с одной стороны, и _____
(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени Исполнителя)

**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: _____

(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)

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

(в зависимости от Заказчика указывается: для физического лица - фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии); для юридического лица - указывается полное и сокращенное наименование, адрес, должность представителя Заказчика, его фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), реквизиты документа, подтверждающего полномочия на подписание Договора от имени Заказчика)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с третьей стороны, а далее 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 «__» _____ 20__ г. (далее - Договор) оказал, а Потребитель (законный представитель) и Заказчик приняли фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№ п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, 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, (указывается цифровым способом) (указывается словесным способом) (указывается цифровым способом) 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 имеют претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

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

Телефон/факс: (495)430-02-38,

Электронный адрес: [dpnb18@gmail.com](mailto:dpnbl8@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

Наименование должности
уполномоченного представителя
Исполнителя

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:

Адрес проживания:

Адрес места жительства:

Адрес электронной почты:

Телефоны:

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

_____/Фамилия И.О./
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:

_____ Фамилия И.О.