Приложение 1
к Положению об оказании платных медицинских
услуг населению
в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ
от «__» _____ 2026 года

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 23ДЗМ»
Кабуловой А.А.

от _____
_____
(ф.и.о.)
адрес проживания: _____,
_____
_____
Паспорт: серии _____№_____,
выдан: _____
_____
_____(кем и когда выдан)

Информированное добровольное согласие пациента
на получение платных медицинских услуг

Я, _____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ».

Мне разъяснено и понятно мое право на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ».

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг с ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ».

Информацию до пациента довел:
_____/_____/
(подпись, инициалы, фамилия врача)
«_____»_____202___г.

Пациент:_____/_____/
(подпись, инициалы, фамилия)
«_____»_____202___г.

Приложение 2
к Положению об оказании платных медицинских
услуг населению
в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ
от «__» _____ 2026 года

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 23ДЗМ»
Кабуловой А.А.
от _____
_____
(ф.и.о.)
адрес проживания: _____,
_____
_____
Паспорт: серии _____№_____,
выдан: _____
_____
(кем и когда выдан)

Информированное добровольное согласие Законного представителя несовершеннолетнего на получение платных медицинских услуг

Я, _____, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на получение платных медицинских услуг в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» моим несовершеннолетним ребенком (подопечным), _____
_____,
(Ф. И. О. полностью)
«____»_____ ____ года рождения

Мне разъяснено и понятно мое право и право моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного) на получение бесплатной медицинской помощи, в том числе схожих медицинских услуг, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) с перечнем, стоимостью, сроками и условиями оказания и порядком оплаты медицинских услуг, предоставляемых ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» моему несовершеннолетнему ребенку (подопечному).

Я изъявляю желание заключить договор на оказание платных медицинских и иных услуг моему несовершеннолетнему ребенку (подопечному) с ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»

Информацию до пациента довел:
_____/_____/
(подпись, инициалы, фамилия врача)
«_____»_____202___г.

Пациент:_____/_____/
(подпись, инициалы, фамилия)
«_____»_____202___г.

Приложение 3
к Положению об оказании платных медицинских
услуг населению
в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ
от «__» _____ 2026 года

Согласие пациента на обработку персональных данных

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)
«____»_____ ____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ _____,
(адрес)
паспорт серия _____ №_____, выдан_____ _____
_____, «_____» _____ _____ г.,
(наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи)
в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" настоящим выражаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ДГП №»№ ДЗМ», расположенной по адресу: г. Москва, ул. Лебедянская,33, (далее - оператор) моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС), паспортные данные, сведения о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания первичной медико-санитарной помощи, включающей, в том числе, лабораторные методы обследования.

В процессе оказания оператором мне медицинской помощи я предоставляю оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия на обработку персональных данных, разрешенных субъектом персональных данных для распространения.

Настоящее согласие дано мной «____»_____202___г. и действует 25 лет.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

«_____»_____20____г.

_____/_____/
(подпись, инициалы, фамилия законного представителя/опекуна)

Приложение 4
к Положению об оказании платных медицинских
услуг населению
в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ
от «__» _____ 2026 года

Согласие Законного представителя
на обработку персональных данных несовершеннолетнего

Я, _____,
(Ф. И. О. полностью)
«____»_____ ____ года рождения, зарегистрированный(ая) по адресу: _____ _____,
(адрес)
паспорт серия _____ №_____, выдан_____ _____
_____, «_____» _____ _____ г.,
(наименование органа, выдавшего документ) (дата выдачи)
являясь законным представителем (опекуном) несовершеннолетнего _____
_____,
(Ф. И. О. полностью)
«____»_____ ____ года рождения, на основании п. 1 ч. 2 ст. 10 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных", п. 1 ст. 64 Семейного кодекса РФ (п. 2. ст. 15 ФЗ от 24 апреля 2008 г. N 48-ФЗ "Об опеке и попечительстве"), в целях оказания медицинских услуг, настоящим даю свое согласие ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» расположенной по адресу: г. Москва, ул. Лебедянская,33, (далее - оператор) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации обработку персональных данных моих и моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, уничтожение персональных данных.

Обработке подлежат персональные данные моего несовершеннолетнего ребенка (подопечного), содержащиеся в истории развития ребенка, а именно:
- фамилия, имя, отчество;
- дата и место рождения;
- адрес места жительства;
- состояние здоровья;
- реквизиты полиса ОМС (ДМС);
- реквизиты Свидетельства о рождения;
- страховой номер Индивидуального лицевого счета в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации (СНИЛС).

Настоящее согласие дано мной «____»_____202___г. и действует 25 лет.

Я оставляю за собой право отозвать настоящее согласие, письменно уведомив об этом оператора. В случае получения моего письменного заявления об отзыве настоящего согласия на обработку персональных данных оператор обязан прекратить их обработку в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

«_____»_____20____г.

_____/_____/
(подпись, инициалы, фамилия законного представителя/опекуна)

Приложение 5
к Положению об оказании платных медицинских услуг
населению
в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ
от «__» _____ 2026 года

Договор предоставления платных медицинских услуг №_____

г. Москва «____»_____20____г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»), именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице_____,
_____
___
(должность, фамилия, имя, отчество)
действующего на основании доверенности №_____ от «_____»_____20__г., выданной главным врачом ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» Кабуловой А.А., действующая на основании Устава, с одной стороны, и _____
__,
(фамилия, имя, отчество)
именуемый(ая) в дальнейшем Заказчик, либо его Законный представитель, действующий в интересах _____
__,
(фамилия, имя, отчество несовершеннолетнего, дата рождения, свидетельство о рождении)
_____
____ далее именуемый Потребитель, с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны", заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Общие положения

1.1. В рамках настоящего договора используются следующие основные понятия:

"Платные медицинские услуги" - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования (далее - договоры);

"Потребитель" - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";

"Заказчик" - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу Потребителя;

"Исполнитель" - медицинская организация Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы», оказывающая платные медицинские услуги в соответствии с договором.

1.2. Платные медицинские услуги (работы) предоставляются Исполнителем на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01137-77/00339788 от 16 октября 2018 г., срок действия лицензии: бессрочно, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы предоставленной в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о лицензировании отдельных видов деятельности.

1.3. Перечень выполняемых (оказываемых) работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, указанных в едином реестре лицензий Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, в рамках предоставляемых в соответствии с настоящим договором платных медицинских услуг. Полный перечень работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность, в рамках предоставляемых по настоящему договору услуг Исполнитель размещает на информационной стойке в помещении Исполнителя и на официальном сайте www.dgp23.ru.

2. Предмет договора

2.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется предоставить платные медицинские услуги, качество которых должно соответствовать условиям настоящего договора, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к таким услугам, а Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

2.2. Медицинская помощь при предоставлении платных медицинских услуг организуется и оказывается:

- в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, которое утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации;

- в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями;

- на основе клинических рекомендации;

- с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

2.3. Платные медицинские услуги должны соответствовать номенклатуре медицинских услуг, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации, и могут предоставляться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, а также в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по письменному согласию Потребитель (Заказчика/Законного представитель Потребителя).

2.4. Получателем платных медицинских услуг является Потребитель.

2.5. Платные медицинские услуги предоставляются при наличии информированного добровольного согласия Потребителя (Законного представителя Потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.6. Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с настоящим договором, является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. При направлении Потребителя лечащим врачом на консультацию, диагностическое исследование при отсутствии экстренных показаний срок ожидания медицинской услуги не должен превышать 10 рабочих дней. Порядок фиксирования очередности устанавливается администратором.

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

2.9. Медицинские услуги предоставляются Потребителю в сроки, согласованные Сторонами с учетом характера заболевания (состояния), медицинских показаний, объема необходимых медицинских услуг, режима работы Исполнителя и требований действующего законодательства Российской Федерации.

Дата и время оказания медицинских услуг определяются по предварительной записи либо непосредственно при обращении Потребителя, если иное не предусмотрено условиями настоящего договора.

2.10. Если предоставление медицинских услуг осуществляется курсом либо в несколько этапов, сроки их предоставления определяются индивидуальным планом лечения, медицинской документацией и (или) графиком посещений, согласованным с Потребителем.

2.11. В случае возникновения обстоятельств, препятствующих предоставлению медицинских услуг в согласованный срок (в том числе по медицинским показаниям, вследствие временной нетрудоспособности медицинского работника, неисправности медицинского оборудования, обстоятельств непреодолимой силы либо по инициативе Потребителя), срок предоставления услуг подлежит изменению по соглашению Сторон.

3. Права и обязанности сторон

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.1.2. Предоставить Потребителю (Законному представителю Потребителя) по его требованию и в доступной для него форме информацию:

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

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

3.1.3. Обеспечить участие высококвалифицированного медицинского персонала для предоставления услуг по настоящему договору.

3.1.4. При предоставлении платных медицинских услуг соблюдать установленные законодательством Российской Федерации требования к оформлению и ведению медицинской документации, учетных и отчетных статистических форм, порядку и срокам их представления, а также к передаче сведений в единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения в соответствии с требованиями законодательства.

3.1.5. Вести учет видов, объемов, стоимости оказанных Потребителю услуг, а также денежных средств, поступивших от Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя).

3.1.6. Немедленно извещать Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя) о невозможности оказания необходимой медицинской помощи по настоящему договору либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг, что оформляется соглашением, являющимся неотъемлемой частью настоящего договора. Дополнительные медицинские услуги при необходимости их оказания предоставляются в случае оказания Потребителю стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

3.1.7. Предоставить в доступной форме информацию 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.

3.2. Исполнитель вправе:

3.2.1. При выявлении у Потребителя противопоказаний к проведению лечебных и диагностических мероприятий отказать в их проведении.

3.2.2. Требовать от Потребителя (Законного представителя Потребителя) соблюдения:

- графика прохождения процедур;
- режима при приеме лекарственных препаратов;
- назначений, рекомендаций специалистов;
- лечебно-охранительного режима;
- правил внутреннего распорядка лечебного учреждения;
- правил техники безопасности и пожарной безопасности.

3.2.3. Отказаться от исполнения настоящего договора при неисполнении Потребителем (Заказчиком/Законным представителем Потребителя) правил внутреннего распорядка лечебного учреждения, рекомендаций и назначений специалистов и нарушении режима работы учреждения.

3.2.4. Использовать результаты, описание хода лечения и прочую информацию в качестве примера при опубликовании в специализированной медицинской литературе без указания данных Потребителя, достаточных для его идентификации.

3.3. Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) обязуется:

3.3.1. Оплатить оказанную Исполнителем медицинскую услугу (выполненную работу) в порядке и сроки, установленные настоящим договором. Подписать представленный Исполнителем Акт об оказании услуг, фактически оказанных Исполнителем (Приложение №2).

3.3.2. Предоставить Исполнителю данные предварительных исследований и консультаций специалистов, проведенных вне медицинской организации Исполнителя (при их наличии), а также сообщить все известные сведения о состоянии своего здоровья, в том числе об аллергических реакциях на лекарственные средства, о заболеваниях и иных факторах, которые могут повлиять на ход лечения.

3.3.3. Ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору.

3.3.4. Выполнять все медицинские предписания, назначения, рекомендации специалистов, оказывающих медицинские услуги, соблюдать правила внутреннего распорядка медицинской организации, лечебно-охранительный режим, правила техники безопасности и пожарной безопасности.

3.3.5. Согласовывать со специалистами, оказывающими платные медицинские услуги, употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей и прочего.

3.4. Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) имеет право:

3.4.1. Получать медицинские услуги в соответствии с обязательными требованиями порядков оказания медицинской помощи, стандартов и иных нормативных документов, устанавливающих требования к качеству оказания медицинской помощи.

3.4.2. В доступной для него форме получить информацию о состоянии своего здоровья, включая сведения о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

3.4.3. Получить у Исполнителя медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

4. Стоимость платных медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. На предоставление платных медицинских услуг составляется Перечень, который является неотъемлемой частью настоящего договора (Приложение №1).

4.2. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Потребителю, определяется в соответствии с действующим в медицинской организации Прейскурантом на предоставление платных медицинских услуг.

4.3. Потребителю (Заказчику/Законному представителю Потребителя) в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, слип-чек).

4.4. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя). Без оформления дополнительного соглашения к договору либо нового договора с указанием конкретных дополнительных медицинских услуг и их стоимости Исполнитель не вправе предоставлять медицинские услуги на возмездной основе.

4.5. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного договора.

4.6. Оплата услуг по договору осуществляется на основании Перечня предоставленных платных медицинских услуг, подписанного Сторонами, с использованием платежных банковских карт, статистический QR-код для СПБ, личный кабинет онлайн-банк по выбору Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя).

4.7. В случае если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю услуг, предусмотренный настоящим договором, сократится либо оказание услуг в рамках настоящего договора на каком-либо этапе лечения окажется невозможным, Стороны подписывают соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего договора, при этом с Потребителя (Заказчика/Законного представителя

Потребителя) удерживается сумма за фактически оказанные услуги. Остаток суммы, уплаченный Потребителем по настоящему договору, возвращается ему в момент окончательных расчетов по заявлению Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя).

4.8. В целях защиты прав Потребителя Исполнитель по обращению Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя) выдает следующие документы, подтверждающие фактические расходы Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя) на оказанные медицинские услуги:

- копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему (в случае заключения);
- справку об оплате медицинских услуг по установленной форме.

5. Ответственность сторон за невыполнение условий договора

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору Исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате оказания платных медицинских услуг ненадлежащего качества, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Потребителем (Заказчиком/Законным представителем Потребителя) неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 3.3.2 настоящего договора либо вызванных медицинскими показаниями, а также в случаях, предусмотренных п. 3.3.4 настоящего договора.

5.4. При наличии в настоящем договоре условий, ущемляющих права Потребителя, которые могут повлечь причинение ему убытков, они подлежат возмещению Исполнителем в полном объеме в соответствии со статьей 13 Закона РФ от 7 февраля 1992 г. N 2300-I "О защите прав потребителей". Требование Потребителя о возмещении убытков подлежит удовлетворению в течение десяти дней со дня его предъявления.

5.5. 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 т. п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему договору.

6. Конфиденциальность

6.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего договора.

6.2. Исполнитель обязуется хранить в тайне информацию о факте обращения Потребителя за оказанием платных медицинских услуг, состоянии его здоровья, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. При заключении настоящего договора Потребителю (Заказчику/Законному представителю Потребителя) предоставлена следующая информация:

- о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - программа) и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа). 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;
- перечень платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, указанной в п. 2.3 настоящего договора, с указанием цен в рублях;
- сроки ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия исполнителя в реализации территориальной программы;
- иная информация, предусмотренная Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

7.2. Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) подтверждает, что на момент заключения настоящего договора ему в доступной форме предоставлена информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи (при наличии), применяемые при предоставлении платных медицинских услуг, а также информация о возможности осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи;
- информация о медицинском работнике, отвечающем за предоставление соответствующей платной медицинской услуги (его профессиональном образовании и квалификации);
- другие сведения, относящиеся к предмету договора.

7.3. Соблюдать выданные Исполнителем Потребителю при оказании услуг или по факту их оказания рекомендаций, в том числе по соблюдению режима лечения и необходимым последующим посещениям специалистов Исполнителя, в рамках контроля и профилактики состояния здоровья Потребителя и проводимого лечения.

7.4. Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) уведомлен о том, что граждане, находящиеся на лечении, в соответствии с Федеральным законом "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.

Потребитель и Заказчик (Законный представитель Потребителя) уведомлен Исполнителем о том, что несоблюдение назначений (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.

7.5. При предъявлении Потребителем (Заказчиком/Законным представителем Потребителя) требований, в том числе при обнаружении недостатков выполненной работы (оказанной медицинской услуги), Исполнитель рассматривает и удовлетворяет заявленные требования (направляет отказ в удовлетворении заявленных требований) в сроки, установленные для удовлетворения требований потребителя Законом РФ от 07 февраля 1992 г. №2300 – I "О защите прав потребителей".

7.6. После исполнения настоящего договора Исполнитель выдает Потребителю (Заказчику/Законному представителю Потребителя) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы.

7.7. В случае отказа Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя) после заключения договора от получения медицинских услуг настоящий договор расторгается, при этом Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.8. Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных, необходимых для исполнения настоящего договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов (Приложение №3).

7.9. Настоящий договор вступает в силу с момента его заключения и действует до полного исполнения обязательств Сторонами.

7.10. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя).

7.11. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

8. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы»
Официальный сайт: dgp23.ru.
Адрес юридического лица: 115598, г. Москва, ул. Лебедянская, д.33;
телефон/факс: 8-499-320-46-84;
электронный адрес: dgp23@zdrav.mos.ru;
Адрес фактический:
115598, г. Москва,ул. Лебедянская, д.33;
115516, г. Москва, ул. Тимуровская, дом 3
115404, г. Москва, ул. Элеваторная, дом 15
115516, г. Москва, ул. Кошкина дом 10 корп. 1
115547, г. Москва ул. Михневская дом 21 стр. 1
ИНН 7724250985 / КПП 772401001
БИК 004525988
Банковские реквизиты:
Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»)
ОКЦ №1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК по Г. МОСКВЕ, г. Москва
КС 03224643450000007300
ЕКС 40102810545370000003
ОГРН 1037739400280
ОКТМО 45911000
л/с 2605442000960921
ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»

Представитель по доверенности
_____/_____/
(подпись) (Ф.И.О.)
м.п

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя)

_____
(фамилия, имя, отчество)
_____
_____
(дата рождения)
_____
_____
(адрес места регистрации (жительства)
_____
Паспорт серии _____номер _____
выдан_____
_____
_____

_____
(номер телефона)

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя):

_____/_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Порядком оказания и Перечнем платных медицинских услуг ознакомлен _____ /_____/

Приложение №1
к Договору предоставления
платных медицинских услуг
N _____от «__»_____2026г.

Перечень №_____

МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПАЦИЕНТУ

ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» Исполнитель, обязуется оказать Потребителю следующие платные медицинские услуги:

Медицинская услуга		Стоимость услуги (в рублях)	Специалист Исполнителя	Дата/Время оказания услуги	Период оказания услуги
Код услуги	Наименование услуги				

Итого к оплате: _____ руб.

Настоящий Перечень является основанием для оплаты указанных в нем Услуг.

Медицинские услуги оказываются Исполнителем в сроки, согласно записи (дата/время оказания услуги) Потребителя к специалистам.

При уведомлении Потребителя (Заказчика/Законного представителя Потребителя) специалистом Исполнителя о невозможности соблюдения срока оказания конкретной услуги, Исполнитель и Потребитель согласуют иную дату/время оказания Услуги. Уведомление должно быть осуществлено за 24 часа до даты/время оказания услуги.

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) обязан предупредить специалиста Исполнителя о невозможности своевременно явиться для оказания платной услуги не менее, чем за 24 часа и перенести оказание платной услуги на другое время, в том числе и при абонементном сотрудничестве. Такой перенос возможен не более трех раз.

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) в доступной форме получил информацию от сотрудников Исполнителя о возможности получения медицинской помощи (медицинских услуг) без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) выражает свою волю и согласие на получение платной медицинской помощи в объеме платных медицинских услуг, определенных настоящим Перечнем.

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) в доступной форме получил информацию от сотрудников Исполнителя о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) специалистов Исполнителя, в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой ему платной медицинской помощи (медицинской услуги), повлечь за собой невозможность ее завершения в сроки или отрицательно сказаться на состоянии его здоровья.

Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя):

_____ _____
(ФИО) (подпись)

Дата
_____

Приложение № 2
к Договору предоставления
платных медицинских услуг
N _____от «__»_____2026г.

Акт №

о выполнении договора № _____ от «___» _____ _____ г.
о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУЗ «ДГП №23 ДЗМ»

г. Москва «____» _____ ____ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №23 Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице _____,
(ф.и.о., должность)
действующего на основании доверенности №_____от «_____»_____20_____г. с одной стороны, и
_____
_ (Ф.И.О. Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя))
именуемый в дальнейшем Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя), с другой стороны, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. На основании заключенного между Исполнителем и Потребителем (Заказчиком/Законным представителем Потребителя) Договора о предоставлении платных медицинских услуг Исполнитель принял обязательство предоставить следующие услуги, а Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) оплатить указанные услуги:

Медицинская услуга		Стоимость услуги (в рублях)	Специалист Исполнителя	Дата/Время оказания услуги	Период оказания услуги
Код услуги	Наименование услуги				

Итого: _____
руб._____копеек

2. Исполнитель и Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя) выполнили условия Договора в полном объеме. Претензий к качеству предоставления платных медицинских услуг не имеется.

Подписи сторон:

Потребитель
(Заказчик/Законный представитель Потребителя):

_____/_____/
(подпись) ФИО

Исполнитель:

_____/ _____/
(подпись) ФИО
(представителя по доверенности)

Приложение № 2
к Договору предоставления
платных медицинских услуг
N _____от «__»_____2026г

Смета на предоставление медицинских услуг

№	Наименование платных услуг	Шифр	Стоимость за единицу	Кол-во	Сумма
1	2	3	4	5	6

Подписи сторон:

Потребитель
(Заказчик/Законный представитель Потребителя):

Исполнитель:

_____/_____/ _____/ _____/
(подпись) ФИО (подпись) ФИО
(представителя по доверенности)