

Приложение 1
к Положению об оказании платных
медицинских услуг населению
в ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»
от «01» 09 2026 года

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»
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 «01» 09 2026 года

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ»
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 «01» 09 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 № 23 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 «01» 09 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 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 рождении;
- 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)

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

- 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).

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	Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя)
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 401028105453700000003 ОГРН 1037739400280 ОКТМО 45911000 л/с 2605442000960921	(фамилия, имя, отчество) (дата рождения) (адрес места регистрации (жительства)) Паспорт серии _____ номер _____ выдан _____ (номер телефона)
ГБУЗ «ДГП № 23 ДЗМ» Представитель по доверенности	Потребитель (Заказчик/Законный представитель Потребителя):
_____ (подпись)	_____ (подпись)
_____ (Ф.И.О.)	_____ (Ф.И.О.)
М.П.	

Потребитель подлинный экземпляр на руки получил, с Порядком оказания и Перечнем платных медицинских услуг ознакомлен _____

МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОКАЗАНИЮ ПАЦИЕНТУ

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

Настоящий Перечень является основанием для оплаты указанных в нем Услуг.

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/времени оказания услуги.

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) 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.

(ФИО) _____

(подпись)

Исполнитель:

Представитель по доверенности _____

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):

Исполнитель:

(подпись)

ФИО

(подпись)

ФИО

(представителя по доверенности)

Смета на предоставление платных медицинских услуг

N п/п	Наименование платных медицинских услуг	Шифр	Стоимость за единицу	Кол-во	Сумма
1	2	3	4	5	6

Подписи сторон:

Исполнитель:

Потребитель
(Заказчик/Законный представитель Потребителя):

_____/_____
(подпись) ФИО представителя по доверенности

_____/_____
(подпись) ФИО