

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ
«МОСКОВСКАЯ КОМПЛЕКСНАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА
ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА «Центр»
ДЕПАРТАМЕНТА СПОРТА ГОРОДА МОСКВЫ
(ГБУ «МКСШОР «Центр»)**

П Р И К А З

21.07.2022

№ 01-08/397-22

О внесении изменений в приказ «О назначении лиц, ответственных за организацию и порядок оказания платных медицинских услуг (работ), и соблюдение условий их оказания (выполнения)» от 22.06.2022 № 01-08/341-22

В целях актуализации порядка предоставления платных медицинских услуг, в соответствии с Уведомлением Министерства здравоохранения Московской области «О внесении изменений в реестр лицензий на осуществление медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково») и распоряжением Минздрава Московской области от 21.07.2022 № 925-УЛ,

п р и к а з ы в а ю:

1. Считать с 21.07.2022 утратившими силу п. 5 и п. 6 приказа «О назначении лиц, ответственных за организацию и порядок оказания платных медицинских услуг (работ), и соблюдение условий их оказания (выполнения)» от 22.06.2022 № 01-08/341-22.
2. Утвердить форму Договора на оказание платных медицинских услуг (приложение № 1 к настоящему приказу).
3. Утвердить форму Договора на оказание платных медицинских услуг для несовершеннолетних (приложение № 2 к настоящему приказу).
4. Использовать в работе с 21.07.2022 формы Договоров, утвержденные пп. 2,3 настоящего приказа.
5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



Т.Н. Быстрова

Приложение № 1

приказу от 21.07.2022 № 01-08/397-22



Т.Н. Быстрова

«21» июля 2022 г.

Договор на оказание платных медицинских услуг № _____

Место подписания договора

«__» _____ 2022 г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Московская комплексная спортивная школа олимпийского резерва "ЦЕНТР" Департамента спорта города Москвы (ГБУ «МКСШОР «Центр»), юридическое лицо надлежащим образом созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, зарегистрировано Государственным учреждением Московская регистрационная палата 03 марта 2000 года № 96740, ОГРН 1037739466610, дата внесения записи 06 февраля 2003 года Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 4 по Центральному административному округу г. Москвы, номер бланка 77 № 004386190, находящееся по адресу: 119270, город Москва, 3-я Фрунзенская ул., д.5, к.1, лицензия на осуществление медицинской деятельности N ЛО41-01162-50/00363617 от 27.11.2018 года, выдано Департаментом здравоохранения г. Москвы, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице Администратора ГБУ «МКСШОР «Центр» _____, действующего на основании Доверенности № __ от _____, с одной стороны, и

_____, именуемый в дальнейшем "Заказчик", с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны",

Принимая во внимание,

желание и согласие Заказчика получить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем на возмездной основе;

возможность Исполнителя оказать медицинские услуги, предусмотренные выданными Клинике лицензиями;

что Исполнитель не предоставляет медицинскую помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Стороны;

по взаимному и добровольному согласию заключили настоящий Договор на оказание платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Заказчик - физическое лицо, имеющее намерение получить (заказать) либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором. Заказчик, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

Исполнитель - юридическое лицо, осуществляющее наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность путем предоставления платных медицинских услуг Потребителям.

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании Договора.

Прейскурант – перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и утвержденный Исполнителем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика обязуется оказать ему медицинские услуги в соответствии с Прейскурантом и Приложением № 1 (План оказания медицинских услуг (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующем на момент оказания услуги, в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: _____ в соответствии с утвержденными Исполнителем «Положением о порядке предоставления платных услуг», которые открыты для ознакомления и размещены на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: s29.mosSPORT.ru, а также на информационных стендах и стойках Исполнителя.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

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 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определены в Плане оказания медицинских услуг, являющимся неотъемлемой

частью настоящего Договора (Приложение № 1).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Заказчику платные медицинские услуги в полном объеме с соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.3. По требованию Заказчика, предоставить ему в доступной форме информацию о медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

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

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

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

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.4. Исполнитель предоставляет Заказчику 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.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.6. Немедленно извещать Заказчика 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 Заказчику стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору, в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.1.7. Предоставить Заказчику (законному представителю заказчика) для подписания

добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, на оказание платных услуг, обработку персональных данных.

2.1.8. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика:

а) копию учредительного документа Исполнителя, приказ о его структурном отделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.9. Представлять Заказчику материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

2.1.10. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Получать от Заказчика любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.2.2 Исполнитель не имеет права на оказание медицинской услуги в случае отказа Заказчика от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

2.2.3. Отказать в предоставлении услуг Заказчику, предусмотренных Договором в случае:

- невозможности обеспечения безопасного оказания услуг;
- отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;
- при выявлении у Заказчика заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;
- если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Заказчика или угрожает жизни Заказчика;
- невыполнений условия договора.

2.2.4. Требовать от Заказчика соблюдения Правил оказания медицинских услуг.

2.2.5. Требовать оплаты услуг, оказанных Заказчику по Договору.

2.2.6. По запросу Заказчика представить ему перечень необходимых документов и материалов, в соответствии с выбранными медицинскими услугами, согласно плана оказания медицинских услуг (Приложение № 1).

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

2.3.2. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены настоящим договором.

2.3.3. Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг Исполнителем (Приложение № 2).

2.3.4. 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.

2.3.5. Кроме того, Заказчик обязан:

- предоставить Исполнителю всю необходимую и достоверную медицинскую и иную необходимую Исполнителю информацию, в том числе о наличии хронических заболеваний, о возможных аллергических реакциях, о принимаемых до начала оказания услуг препаратах и перенесенных заболеваниях, о наличии беременности и постановке на учет по беременности, предоставив медицинскую документацию, подтверждающую указанную информацию;

- соблюдать правила поведения на территории Исполнителя, режим работы Исполнителя;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- оплатить медицинские услуги в размере и порядке, предусмотренном в Договоре.

2.4. Заказчик вправе:

2.4.1. Получать от Исполнителя услуги в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.4.3. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.4. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.5. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Заказчик 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.

3. Условия и порядок оказания услуг

3.1. Условия получения Заказчиком медицинских услуг: _____
вариант: амбулаторно / в дневном стационаре (нужное подчеркнуть). Оказание услуг по настоящему договору осуществляется в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя.

3.2. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Заказчика на прием (определение времени получения услуги).

3.3. В случае опоздания Заказчика более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену записи Заказчика на прием.

3.4. Исполнитель оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Заказчиком, а также право внеочередного приема Заказчика с симптомами острого заболевания.

3.5. При оказании услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным п. 1.1. настоящего Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Заказчику дополнительный Акт об оказании медицинских услуг (Приложение № 2), который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Заказчику.

3.6. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.7. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг. Утвержденный Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах и стойках Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: s29@mossport.ru.

4.2. Оплата услуг по настоящему договору Заказчиком на условиях 100% предоплаты. В случае приобретения Заказчиком нескольких сеансов услуг оплата может осуществляться на условиях 100% предоплаты перед каждым сеансом непосредственно. По инициативе Заказчика возможна предварительная оплата услуг.

4.3. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

4.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на предоставление дополнительных медицинских услуг согласно п. 2.1.6 договора их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент оплаты.

4.5. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика.

5. Ответственность сторон

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

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Заказчика в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Заказчиком (законным представителем заказчика) неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.6. настоящего Договора либо вызванных медицинскими показаниям.

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 Заказчика 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. Подписание Договора Заказчиком является подтверждением того, что до заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика, кроме того Заказчик подтверждает свое ознакомление с документами из п. 13 Правил оказания медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

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

7.3. В случае отказа Заказчика (законного представителя заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика (законного представителя заказчика) о расторжении договора по инициативе Заказчика (законного представителя заказчика), при этом Заказчик (законный представитель заказчика) оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

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

8. Перечень медицинских услуг

8.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности N ЛО-77-01-017081] от 27.11.2018 Исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги (выполнять работы):

- по адресу 143020, Московская область, г.о. Одинцовский, с. Жаворонки, территория Спортивный комплекс Жаворонки, д. 1, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, сестринскому делу; при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы(услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). Виды услуг указаны в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.08.2021 N 866н "Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность"

- по адресу 119270, г. Москва, ул. 3-я Фрунзенская, д. 5, корп. 1 на основании; При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: физиотерапии; при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги) по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым). Виды услуг указаны в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.08.2021 N 866н "Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность".

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ГБУ «МКСШОР «Центр»

Юридический адрес: 119270, г. Москва, 3-я Фрунзенская ул., д.5, корп.1

Адрес структурного подразделения МСК «Жаворонки» ГБУ «МКСШОР «Центр»:
143020, Российская Федерация, Московская обл., Одинцовский городской округ, село Жаворонки, территория Спортивный комплекс Жаворонки, дом 1

ИНН / КПП 7704012358 / 770401001
ДЕПАРТАМЕНТ ФИНАНСОВ ГОРОДА
МОСКВЫ
(ГБУ «МКСШОР «Центр»
л/с 2678341000450132)
ОГРН 1037739466610
ОКТМО 45383000
Код отрасли (по ОКВЭД) 93.11
Код организации (по ОКПО) 29032021
КБК 78300000000131131022
Банк: ГУ Банка России по ЦФО, г. Москва
БИК 004525988,
Расч./счет 03224643450000007300,
Корр./счет 40102810545370000003

[Администратор]

[подпись]

Заказчик:

[фамилию, имя и отчество (если имеется), СНИЛС, серия и номер паспорта, дата и орган выдавший паспорт, код подразделения, адрес места жительства и телефон Заказчика]

_____/ ФИО
[подпись]

Приложение № 1
К Договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
От «__» _____ 2022г.

План оказания медицинских услуг

№	Наименование услуги	Время сеанса/ мин	Цена за сеанс/руб.

Исполнитель:

Заказчик:

ГБУ «МКСШОР «Центр»
[Администратор]

_____/ФИО
[подпись]

_____/ФИО
[подпись]

Приложение № 2
К Договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «__» _____ 2022г.

АКТ № _____ от _____

Исполнитель: ГБУ "МКСШОР "Центр"

Адрес: 119270, г. Москва, ул. 3-я Фрунзенская,
д.5, корп.1

Телефон: 7(499)242-41-61

ИНН: 7704012358, КПП: 770401001

Заказчик: Фамилия Имя Отчество _____

№	Наименование работ, услуг	Кол-во	Цена	Сумма	Врач
1					

Итого: _____ руб.

Всего наименований, на сумму _____ руб.

Вид оплаты	Сумма	Сумма остатка

Администратор _____ Качеством услуг удовлетворен _____
подпись _____ подпись _____

ФИО _____ ФИО _____

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

Год рождения « ____ » _____ г.

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____

« ____ » _____ г.

Зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

В рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Московская комплексная спортивная школа олимпийского резерва «Центр» Департамента спорта города Москвы, сокращенное наименование (ГБУ «МКСШОР «Центр») платные услуги и даю свое добровольное согласие на:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУ «МКСШОР «Центр» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне платных медицинских услуг и даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

2. На обработку персональных данных.

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ «МКСШОР «Центр» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина)

« ____ » _____ г.
(дата оформления)

ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

Я, _____
(Ф.И.О. гражданина)

Год рождения: « _____ » _____ г.

Зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

1. Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения платных услуг в ГБУ «МКСШОР «Центр», (далее прејскурант), для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

Центре восстановительной медицины и спортивной реабилитации
ГБУ «МКСШОР «Центр»

_____.
(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(ФИО, контактный телефон)

3. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

4. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не

несет ответственности за результаты моего лечения.

5. Я согласен (а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен (а) незамедлительно обратиться к лечащему врачу.

6. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

(подпись)

(Ф. И. О. гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г.

(дата оформления)

Приложение № 2

к приказу от 21.07.2022 № 01-08/397-22



СТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор ГБУ «МКСШОР «Центр»

Т.Н. Быстрова

«21» _____ 22 г.

Договор на оказание платных медицинских услуг с несовершеннолетним № _____

Место подписания договора «__» _____ 202 г.

Государственное бюджетное учреждение города Москвы "Московская комплексная спортивная школа олимпийского резерва "ЦЕНТР" Департамента спорта города Москвы (ГБУ «МКСШОР «Центр»), юридическое лицо надлежащим образом созданное и существующее по законодательству Российской Федерации, зарегистрировано Государственным учреждением Московская регистрационная палата 03 марта 2000 года № 96740, ОГРН 1037739466610, дата внесения записи 06 февраля 2003 года Инспекция Министерства Российской Федерации по налогам и сборам № 4 по Центральному административному округу г. Москвы, номер бланка 77 № 004386190, находящееся по адресу: 119270, город Москва, 3-я Фрунзенская ул., д.5, к.1, лицензия на осуществление медицинской деятельности N ЛО41-01162-50/00363617 от 27.11.2018 года, выдано Департаментом здравоохранения г. Москвы, именуемое в дальнейшем "Исполнитель" в лице Администратора ГБУ «МКСШОР «Центр» _____, действующего на основании Доверенности № __ от _____, с одной стороны, и

_____,
именуемый в дальнейшем "Заказчик", действующий в интересах несовершеннолетнего

(паспортные данные/свидетельство о рождении) именуемый в дальнейшем «Пациент»
с другой стороны, а вместе именуемые "Стороны",

Принимая во внимание,

желание и согласие Заказчика получить медицинские услуги в интересах Пациента, оказываемые Исполнителем на возмездной основе;

возможность Исполнителя оказать медицинские услуги, предусмотренные выданными Клинике лицензиями;

что Исполнитель не предоставляет медицинскую помощь без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи Стороны;

по взаимному и добровольному согласию заключили настоящий Договор на оказание

платных медицинских услуг (далее – «Договор») о нижеследующем:

Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

Заказчик - физическое лицо, имеющее намерение заключить настоящий Договор и оплатить стоимость услуг в интересах несовершеннолетнего (Пациент).

Пациент - физическое лицо несовершеннолетнего возраста, получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с настоящим Договором.

Исполнитель - юридическое лицо, осуществляющее наряду с основной (уставной) деятельностью медицинскую деятельность путем предоставления платных медицинских услуг Потребителям.

Платные медицинские услуги - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании Договора.

Прейскурант – перечень и стоимость медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с Договором и утвержденный Исполнителем.

1. Предмет договора

1.1. По настоящему договору Исполнитель, действуя с добровольного согласия Заказчика обязуется оказать медицинские услуги Пациенту в соответствии с Прейскурантом и Приложением № 1 (План оказания медицинских услуг (далее - медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, а Заказчик обязуется оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действующем на момент оказания услуги, в порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу:

в соответствии с утвержденными Исполнителем «Положением о порядке предоставления платных услуг (работ)», которые открыты для ознакомления и размещены на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: s29.mossport.ru, а также на информационных стендах и стойках Исполнителя.

1.3. Медицинские услуги должны быть предоставлены в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации, в том числе предъявляемыми к качеству медицинских услуг.

В случае если при предоставлении платных 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 оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

1.4. Сроки оказания медицинских услуг, предусмотренных п. 1.1 настоящего Договора, определены в Плате оказания медицинских услуг, являющимся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение N 1).

2. Права и обязанности сторон

2.1. Исполнитель обязуется:

2.1.1. Оказать Пациенту платные медицинские услуги в соответствии и в полном объеме с соблюдением порядка оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.1.2. В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором, Исполнитель обязан предупредить об этом Заказчика. Без согласия Заказчика Исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

2.1.3. По требованию Заказчика предоставить ему в доступной форме информацию о медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

- порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, применяемые при предоставлении платных медицинских услуг;

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

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

- другие сведения, относящиеся к предмету настоящего договора.

2.1.4. Исполнитель предоставляет Заказчику по его требованию и в доступной для него форме информацию:

- о состоянии здоровья Пациента, 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.

2.1.5. Вести всю необходимую медицинскую документацию в установленном действующим законодательством порядке.

2.1.6. Немедленно извещать Заказчика 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 Заказчику стационарной помощи - на основании дополнительного соглашения к настоящему договору,

в иных случаях - на основании отдельно заключаемого договора.

2.1.7. Предоставить Заказчику (законному представителю заказчика) для подписания добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство, на оказание платных услуг, обработку персональных данных.

2.1.8. Представлять для ознакомления по требованию Заказчика:

а) копию учредительного документа Исполнителя, приказ о его структурном отделении, участвующем в предоставлении платных медицинских услуг;

б) копию лицензии на осуществление медицинской деятельности с приложением Перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя в соответствии с данной лицензией.

2.1.9. Представлять Заказчику материалы и заключения о ходе оказания услуг в печатном виде.

2.1.10. Соблюдать порядки оказания медицинской помощи, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации.

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Получать от Заказчика/Пациента любую информацию, необходимую для исполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации.

2.2.2 Исполнитель не имеет права на оказание медицинской услуги в случае отказа Заказчика от подписания добровольного информированного согласия на медицинское вмешательство.

2.2.3. Отказать в предоставлении услуг Заказчику, предусмотренных Договором в случае:

- невозможности обеспечения безопасного оказания услуг;
- отсутствия необходимых специалистов, оборудования, инструментария;
- при выявлении у Заказчика заболевания, лечение которого возможно лишь в специализированных медицинских учреждениях;
- если медицинское вмешательство, по мнению врача, сопряжено с неоправданным риском причинения вреда здоровью Заказчика или угрожает жизни Заказчика;
- невыполнений условия договора.

2.2.4. Требовать от Заказчика соблюдения Правил оказания медицинских услуг Пациентом.

2.2.5. Требовать оплаты услуг, оказанных Пациенту по Договору.

2.2.6. По запросу Заказчика представить ему перечень необходимых документов и материалов, в соответствии с выбранными медицинскими услугами, согласно плана оказания медицинских услуг (Приложение № 1).

2.3. Заказчик обязуется:

2.3.1. Соблюдать Правила оказания медицинских услуг, утвержденные Исполнителем.

2.3.2. Оплатить стоимость предоставленных Исполнителем медицинских услуг, указанных в п. 2.1.1 настоящего договора в сроки и в порядке, которые определены

настоящим договором.

2.3.3. Подписывать своевременно Акты об оказании медицинских услуг Исполнителем (Приложение N 2).

2.3.4. 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.

2.3.5. Кроме того, Заказчик обязан:

- предоставить Исполнителю всю необходимую и достоверную медицинскую и иную необходимую Исполнителю информацию о Пациенте, в том числе о наличии хронических заболеваний, о возможных аллергических реакциях, о принимаемых до начала оказания услуг препаратах и перенесенных заболеваниях, о наличии беременности и постановке на учет по беременности, предоставив медицинскую документацию, подтверждающую указанную информацию;

- соблюдать правила поведения на территории Исполнителя, режим работы Исполнителя и обеспечивать соблюдение этих правил Пациентом;

- выполнять все рекомендации медицинского персонала и третьих лиц, оказывающих ему по настоящему Договору медицинские услуги, в том числе соблюдать указания Исполнителя, предписанные на период после оказания услуг;

- ознакомиться с порядком и условиями предоставления медицинских услуг по настоящему договору;

- оплатить медицинские услуги в размере и порядке, предусмотренном в Договоре.

2.4. Заказчик вправе:

2.4.1. Требовать от Исполнителя оказания им услуги в отношении Пациента в соответствии с п. 1.1 настоящего Договора.

2.4.2. Предъявлять требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также о компенсации за причинение морального вреда в соответствии с законодательством Российской Федерации и Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг.

2.4.3. Получать информацию об Исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах.

2.4.4. На выбор врача, оказывающего необходимые медицинские услуги.

2.4.5. Отказаться от исполнения настоящего договора при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

2.5. Заказчик дает свободно, своей волей и в своем интересе согласие на обработку персональных данных своих и Пациента, необходимых для исполнения настоящего Договора, а также для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов.

3. Условия и порядок оказания услуг

3.1. Условия получения Пациентом медицинских услуг: _____ амбулаторно / в дневном стационаре (нужное подчеркнуть). Оказание услуг по настоящему договору осуществляется в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя.

3.2. Предоставление услуг по настоящему договору происходит в порядке предварительной записи Заказчика/Пациента на прием (определение времени получения услуги).

3.3. В случае опоздания Пациента более чем на 15 (пятнадцать) минут по отношению к назначенному времени получения услуги, Исполнитель оставляет за собой право на перенос или отмену записи Заказчика на прием.

3.4. Исполнитель оставляет за собой право изменять время оказания услуг по предварительному согласованию с Заказчиком.

3.5. При оказании услуг, не указанных в перечне, в соответствии с предусмотренным п. 1.1. настоящего Договора дополнительным соглашением Исполнитель представляет Заказчику дополнительный Акт об оказании медицинских услуг (Приложение N 2), который после подписания Сторонами является подтверждением оказания дополнительных услуг Исполнителем Заказчику.

3.6. В случае отказа Заказчика после заключения Договора от получения медицинских услуг Договор расторгается. При этом Заказчик оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.

3.7. К отношениям, связанным с исполнением настоящего Договора, применяются положения Закона Российской Федерации от 07.02.1992 N 2300-1 "О защите прав потребителей".

4. Стоимость медицинских услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг, оказываемых по настоящему договору, определяется по ценам в соответствии с действующим Прейскурантом платных медицинских услуг. Утвержденный Прейскурант доступен для ознакомления на информационных стендах и стойках Исполнителя, а также на официальном сайте Исполнителя в сети интернет по адресу: s29.mossport.ru.

4.2. Оплата услуг по настоящему договору Заказчиком на условиях 100% предоплаты. В случае приобретения Заказчиком нескольких сеансов услуг оплата может осуществляться на условиях 100% предоплаты перед каждым сеансом непосредственно. По инициативе Заказчика возможна предварительная оплата услуг.

4.3. Заказчику в соответствии с законодательством Российской Федерации выдается документ, подтверждающий произведенную оплату предоставленных медицинских услуг (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

4.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного договора на

предоставление дополнительных медицинских услуг их стоимость определяется по Прейскуранту платных медицинских услуг, действующему на момент оплаты.

4.5. Оплата услуг по договору осуществляется наличными денежными средствами или с использованием платежных банковских карт по выбору Заказчика.

5. Ответственность сторон

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

5.2. Вред, причиненный жизни или здоровью Пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим договором, в случаях предоставления Пациентом (законным представителем заказчика) неполной информации о своем здоровье в соответствии с п. 2.3.6. настоящего Договора либо вызванных медицинскими показаниями.

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 Заказчика за оказанием платных медицинских услуг, состоянии здоровья Пациента, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении (врачебная тайна).

7. Заключительные положения

7.1. Подписание Договора Заказчиком является подтверждением того, что до заключения настоящего договора Исполнитель в письменной форме уведомил Заказчика о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Заказчика, кроме того Заказчик подтверждает свое ознакомление с документами из

п. 13 Правил оказания медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" .

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

7.3. В случае отказа Заказчика (законного представителя заказчика) после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует Заказчика/Пациента о расторжении договора по инициативе Заказчика, при этом Заказчик оплачивает фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору.

7.4. Настоящий договор составлен в двух аутентичных экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

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

8. Перечень медицинских услуг

8.1. В соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности N ЛО-77-01-017081] от 27.11.2018 Исполнитель вправе оказывать следующие медицинские услуги (выполнять работы):

- по адресу 143020, Московская область, г.о. Одинцовский, с. Жаворонки, территория Спортивный комплекс Жаворонки, д. 1, при оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: медицинскому массажу, физиотерапии; при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: лечебной физкультуре, сестринскому делу; при проведении медицинских осмотров организуются и выполняются следующие работы(услуги) по: медицинским осмотрам (предсменным, предрейсовым, послесменным, послерейсовым). Виды услуг указаны в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.08.2021 N 866н "Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность"

- по адресу 119270, г. Москва, ул. 3-я Фрунзенская, д. 5, корп. 1 на основании; При оказании первичной, в том числе доврачебной, врачебной и специализированной, медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги): при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: физиотерапии; при оказании первичной доврачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях по: сестринскому делу; при проведении медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз организуются и выполняются следующие работы(услуги) по: медицинским осмотрам (предрейсовым, послерейсовым). Виды услуг указаны в соответствии с Приказом Минздрава России от 19.08.2021 N 866н "Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность".

9. Реквизиты и подписи сторон

Исполнитель:

ГБУ «МКСШОР «Центр»

Юридический адрес: 119270, г. Москва, 3-я Фрунзенская ул., д.5, корп.1

Адрес структурного подразделения МСК «Жаворонки» ГБУ «МКСШОР «Центр»: 143020, Российская Федерация, Московская обл., Одинцовский городской округ, село Жаворонки, территория Спортивный комплекс Жаворонки, дом 1

ИНН / КПП 7704012358 / 770401001

ДЕПАРТАМЕНТ ФИНАНСОВ ГОРОДА
МОСКВЫ

(ГБУ «МКСШОР «Центр»

л/с 2678341000450132)

ОГРН 1037739466610

ОКТМО 45383000

Код отрасли (по ОКВЭД) 93.11

Код организации (по ОКПО) 29032021

КБК 78300000000131131022

Банк: ГУ Банка России по ЦФО, г. Москва

БИК 004525988,

Расч. /счет 03224643450000007300,

Корр./счет 40102810545370000003

[Администратор]

[подпись]

Заказчик:

[фамилию, имя и отчество (если имеется), СНИЛС, серия и номер паспорта, дата и орган выдавший паспорт, код подразделения, адрес места жительства и телефон Заказчика]

[подпись] / ФИО

Приложение № 1
К Договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
От «__» _____ 2022г.

План оказания медицинских услуг

№	Наименование услуги	Время сеанса/ мин	Цена за сеанс/руб.

Исполнитель:

Заказчик:

ГБУ «МКСШОР «Центр»
[Администратор]

_____/ФИО
[подпись]

_____/ФИО
[подпись]

Приложение № 2
К Договору на оказание платных
медицинских услуг № ____
от «__» _____ 2022г.

АКТ № _____ от _____

Исполнитель: ГБУ "МКСШОР "Центр"

Адрес: 119270, г. Москва, ул. 3-я Фрунзенская,
д.5, корп.1

Телефон: 7(499)242-41-61

ИНН: 7704012358, КПП: 770401001

Заказчик: Фамилия Имя Отчество _____

№	Наименование работ, услуг	Кол-во	Цена	Сумма	Врач
1					

Итого: _____ руб.

Всего наименований, на сумму _____ руб.

Вид оплаты	Сумма	Сумма остатка

Администратор _____ Качеством услуг удовлетворен _____
подпись _____ подпись _____

ФИО _____ ФИО _____

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ УСЛУГ, ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ**

Я (Ф.И.О. законного представителя) _____

Год рождения « _____ » _____ г.

Паспорт: серия _____ № _____

Выдан _____

« _____ » _____ г.

Зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

_____ являясь родителем, законным представителем (ФИО несовершеннолетнего)

_____ Данные свидетельства о рождении или документа удостоверяющие полномочия законного представителя (копия прилагается):

_____ В рамках договора об оказании платных услуг желаю получить в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Московская комплексная спортивная школа олимпийского резерва «Центр» Департамента спорта города Москвы, сокращенное наименование (ГБУ «МКСШОР «Центр») платные услуги и даю свое согласие на:

1. На оказание платных услуг.

1.1. Я получил от сотрудников ГБУ «МКСШОР «Центр» полную информацию о возможности и условиях предоставления мне платных медицинских услуг и даю свое согласие на оказание мне платных услуг и готов ее оплатить.

1.2. Я ознакомлен (а) с действующим прейскурантом и согласен (на) оплатить стоимость оказанных услуг в соответствии с ними.

2. На обработку персональных данных.

2.1. В соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.06 "О персональных данных" N 152-ФЗ (в редакции от 05.04.2013г.) подтверждаю свое согласие на обработку ГБУ «МКСШОР «Центр» моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес проживания, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер Индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

2.2. Я даю согласие на использование моих персональных данных в целях выполнения обязательств по договору оказания платных услуг.

2.3. Настоящее согласие предоставляется на осуществление особых действий в отношении моих персональных данных, которые необходимы для достижения указанных целей.

2.4. Я подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую своей волей и в своих интересах.

_____ (подпись)

_____ (Ф. И. О. законного представителя гражданина, контактный телефон)

« _____ » _____ г. (дата оформления)

**ДОБРОВОЛЬНОЕ ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ
НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО**

Я (Ф.И.О. законного представителя) _____

Год рождения « ____ » _____ г.

Зарегистрированный (-ая) по адресу: _____

являясь родителем, законным представителем (ФИО несовершеннолетнего)

Год рождения « ____ » _____ г.

Данные свидетельства о рождении или документа удостоверяющие полномочия законного представителя (копия прилагается):

Зарегистрированный (-ая) по адресу (заполняется, если адрес регистрации несовершеннолетнего не совпадает с адресом регистрации законного представителя)

1. Даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения платных услуг в ГБУ «МКСШОР «Центр», (далее преискурант), для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082), (далее — Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в

Центре восстановительной медицины и спортивной реабилитации

ГБУ «МКСШОР «Центр»

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником _____
(должность, Ф. И. О. медицинского работника)

2. В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь:

(Ф.И.О, контактный телефон)

3. Я поставил (а) в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях травмах, операциях, в том числе носительстве ВИЧ инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщил (а) правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

4. Я согласен (а), что при несоблюдении назначений и рекомендаций, лечащий врач не несет ответственности за результаты моего лечения.

5. Я согласен (а), что в случае ухудшения самочувствия, при появлении первых признаков осложнений на фоне проводимого лечения я должен (а) незамедлительно обратиться к лечащему врачу.

4. Я удостоверяю, что текст моего добровольного информированного согласия на оказание платных медицинских услуг мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют, я полностью понимаю преимущества предложенных мне видов медицинских услуг и даю согласие на их применение.

(Ф.И.О. гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. законного представителя гражданина, контактный телефон)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

« _____ » _____ г. (дата оформления)