

Договор № _____

на оказание платных медицинских услуг

г. Москва

«__» _____ 202__ г.

ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ», в лице _____,
действующей на основании Доверенности № _____ от _____, имеющее
лицензию на осуществление медицинской деятельности № ЛО41-01137-77/00370483 от
06.06.2012 г. выданной Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и
социального развития, именуемое в дальнейшем «Исполнитель» с одной стороны, и
Заказчик _____ и _____ Законный _____ представитель _____

Пациента _____
(родитель, либо иное лицо, действующее в интересах Пациента), действующий на
основании _____ документа _____ (свидетельство _____ о _____ рождении)
серия _____ номер _____ выдан _____,
именуемый в дальнейшем Плательщик, с другой стороны, заключили настоящий
договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель принимает на себя обязательство и гарантирует своевременно,
качественно и в полном объеме оказывать Пациенту _____

дата рождения _____ г., платные медицинские услуги и иные услуги,
отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и
лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, именуемые в
дальнейшем «платные медицинские услуги» в соответствии с перечнем услуг,
утвержденным Исполнителем и условиями настоящего Договора.

1.2. Потребитель/Заказчик подтверждает, что уведомлён об обязанности соблюдать
режим лечения, в том числе определенный на период временной нетрудоспособности,
и правила поведения пациента в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ». Потребитель предупреждён,
что несоблюдение назначений и рекомендаций Исполнителя (медицинского
работника), включая, но не ограничиваясь: нарушение предписанного режима
лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и
обследования, — может повлечь за собой снижение качества предоставляемой
платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в установленный
договором срок, а также причинение вреда здоровью Потребителя.

1.3. На момент подписания договора Потребитель/Заказчик подтверждает, что:

ознакомился с Правилами предоставления медицинскими организациями
платных медицинских услуг, утверждёнными Постановлением Правительства
Российской Федерации от 30.05.2026 № 659, и Прейскурантом Исполнителя;

ознакомился с иной информацией, размещенной на сайте Исполнителя [https://
dsp63-mos.ru/](https://dsp63-mos.ru/) и на информационных стендах (стойках) в части формы Договора;

до него доведена информация о сроках ожидания медицинской помощи, оказываемой без взимания платы в рамках программы государственных гарантий (ОМС), в соответствии с пунктом 17(б) Правил предоставления платных медицинских услуг. Указанные сроки не являются сроком оказания платных медицинских услуг по настоящему Договору.

2. Права и обязанности сторон.

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. производить диагностическое обследование Потребителя, необходимое и достаточное для определения объема и характера, оказываемых Потребителю медицинских услуг;

2.1.2. привлекать при необходимости в качестве консультантов специалистов различных медицинских профилей;

2.1.3. оказывать медицинские услуги качественно и в объеме в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями;

2.1.4. соблюдать врачебную этику и деонтологию;

2.1.5. использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой;

2.1.6. предоставлять Потребителю/Заказчику бесплатную, доступную, достоверную информацию в том числе: о режиме работы Исполнителя, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях оказания медицинских услуг, о наличии сертификата соответствия, лицензии на медицинскую деятельность, о квалификации и сертификации специалистов;

2.1.7. соблюдать конфиденциальность в отношении всей информации, полученной от Потребителя/Заказчика, включая его персональные данные, а также информации, полученной в ходе оказания медицинских услуг, не передавать указанную информацию кому бы то ни было без соответствующего разрешения пациента;

2.1.8. извещать Потребителя/Заказчика о необходимости изменения программы лечения, сметы расходов, сроков и иных условий оказания медицинских услуг, согласованных в настоящем Договоре и Приложениях к нему;

2.1.9. С согласия Потребителя/Заказчика оказывать Потребителю услуги, не предусмотренные Договором, о чем Потребитель/Заказчик должен быть заранее предупрежден в устной или письменной форме, с обязательным предварительным уведомлением о стоимости и получением письменного согласия.

2.1.10. информировать Потребителя/Заказчика о назначениях и рекомендациях, которые необходимо соблюдать для сохранения достигнутого результата лечения, ознакомить с рекомендованным планом лечения;

2.1.11. обеспечивать соответствующую медицинскую подготовку медицинского персонала, что подтверждается действующими сертификатами специалистов;

После исполнения Договора представить Потребителю/Заказчику по его требованию справку об оказанных медицинских услугах в целях получения социального вычета на расходы по лечению и приобретению лекарственных препаратов (далее — Справка), иные документы: копию договора с приложениями и дополнительными соглашениями к нему; рецептурный бланк с проставленным штампом «Для налоговых органов РФ, ИФН», заверенный подписью и личной печатью врача, печатью Исполнителя; либо

выписку из медицинской документации с информацией о назначении препарата, содержащую подпись врача и печать клиники; документы, подтверждающие оплату лекарственных препаратов: кассовый чек, бланк строгой отчетности или иной документ, подтверждающий факт осуществления расчета. Справка выдается на руки Потребителю/Заказчику в течение 3 рабочих дней со дня поступления заявления Исполнителю о представлении указанных документов. Выдача Справки третьим лицам не осуществляется. Указанные документы выдаются бесплатно в установленные сроки.

2.1.12. Ознакомить Потребителя (Заказчика) или его законного представителя с медицинской документацией, выдать справки и медицинские заключения, представить медицинские документы (их копии) и выписки из них, отражающие состояние здоровья Потребителя 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 согласно положениям действующего законодательства РФ и *локальных нормативных актов ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ».*

2.2. Исполнитель вправе:

2.2.1. Определять Правила поведения пациентов в медицинской организации и доводить их до пациента Потребителя.

2.2.2. требовать от Потребителя/Заказчика:

- соблюдения графика прохождения процедур;
- соблюдения внутреннего режима ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ»;
- соблюдения режима приема лекарственных препаратов и других предписаний.

2.2.3. определять объем и характер лабораторных, диагностических, инструментальных и других видов исследования, методов лечения;

2.2.4. в случае возникновения неотложного состояния Потребителя, Исполнитель имеет право самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи, в том числе и не предусмотренных настоящим Договором;

2.2.5. 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;

2.2.6. изменять сроки, смету и иные условия оказания медицинских услуг в случае, если подобные изменения обусловлены состоянием здоровья Потребителя (при возникновении неотложных состояний самостоятельно определять объем исследований и оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской помощи Потребителю) либо необходимостью привлечения в процессе лечения дополнительных медикаментов либо услуг специалистов, которые отсутствуют у Исполнителя.

2.2.7. расторгнуть договор с Потребителем/Заказчиком в случае указанном в п.2.4.4. настоящего договора.

2.3. Потребитель обязан:

2.3.1. Оформить информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство (далее — ИДС), которое должно содержать, помимо сведений о диагнозе, вмешательстве и рисках, подтверждение ознакомления с правом на составление твердой сметы, предупреждение о том, что аналогичную медицинскую помощь можно получить бесплатно в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (ОМС), а также фразу об осознанном выборе платной услуги.

2.3.2. Выполнять требования медицинских работников Исполнителя о проведении подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам. Потребитель в случае непроведения/отказа от проведения подготовки к исследованиям, манипуляциям и процедурам несет риск причинения вреда своему (представляемого) здоровью и ответственен за него.

2.3.3. Выполнять все указания (рекомендации) медицинских работников Исполнителя, в том числе по использованию лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения. Потребитель уведомлен, что несоблюдение указаний (рекомендаций) медицинских работников, в том числе назначенного режима лечения, графика приема лекарственных препаратов, сроков явки на процедуры и обследования, может повлечь за собой снижение качества предоставляемой платной медицинской услуги, невозможность ее завершения в установленный договором срок, а также причинение вреда его здоровью.

2.3.4. В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Потребитель обязуется соблюдать режим медицинской организации (в том числе определенный на период временной нетрудоспособности), правила безопасности, пожарной безопасности, антитеррористической безопасности, а также правила поведения пациента в медицинских организациях, установленные локальными актами Исполнителя.

2.3.5. сообщать лечащему врачу подробную информацию о состоянии своего здоровья, отягощенной наследственности, все сведения о перенесенных и имеющихся у него заболеваниях, известных пациенту аллергических реакциях, о наличии противопоказаний к применению каких-либо лекарств или процедур, а также иных известных ему особенностях организма, способных оказать влияние на ход лечения и его эффективность, другую информацию, влияющую на лечение, указанное в Приложении № 1 к настоящему Договору;

2.3.6. выполнять все требования медицинского персонала Исполнителя в период прохождения всего курса лечения;

2.3.7. соблюдать график приема врачей-специалистов;

2.3.8. соблюдать правила внутреннего распорядка и режим в амбулаторно-поликлиническом отделении;

2.3.9. при прохождении курса лечения сообщать лечащему врачу о любых изменениях самочувствия;

2.3.10. при прохождении всего курса лечения отказаться от употребления наркотиков, психотропных препаратов, алкоголя;

2.3.11.согласовывать с лечащим или дежурным врачом употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.;

2.3.12.своевременно производить оплату оказываемых медицинских услуг в сумме, указанной в Акте приема выполненных работ, и по окончании оказания медицинских услуг производить окончательный расчет с Исполнителем;

2.4. Пациент, Плательщик вправе:

2.4.1.требовать от Исполнителя расчета стоимости оказываемых услуг;

2.4.2.выбрать лечащего врача (с учетом его согласия);

2.4.3.получать от Исполнителя для ознакомления в доступной для понимания и восприятия форме любые сведения о состоянии своего здоровья, протекании лечения, данные промежуточных обследований, результаты анализов, протоколы консилиумов и т.д.;

2.4.4.отказаться в письменной форме от медицинского вмешательства, в этом случае стороны расторгают настоящий договор.

2.4.5.требовать сохранения конфиденциальности информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии (соблюдения врачебной тайны);

2.4.6.давать добровольное информированное согласие по установленной Исполнителем форме на любое медицинское вмешательство;

2.4.7.отказаться от получения медицинских услуг полностью или частично;

2.4.8.предъявлять претензии, требовать возмещения ущерба, отказаться от оплаты в случае ненадлежащего оказания услуг.

3. Порядок предоставления медицинских услуг

3.1.При заключении настоящего Договора Потребитель/Заказчик подписывает:

Добровольное Информированное Согласие на оказание платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Договору),

Письменное Заявление-Согласие на оказание платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи (Приложение № 2 к Договору),

а Исполнитель составляет Акт приема выполненных работ, в котором определяется стоимость оказываемых услуг.

3.2.Сроки изготовления ортодонтических пластинок устанавливаются Приказом Главного врача, сроки изготовления ортопедических коронок составляет не более 15 рабочих дней. В ходе оказания услуг объем, характер, сроки и стоимость медицинских услуг могут быть скорректированы Исполнителем.

3.3.При проведении различных манипуляций (диагностических, лечебных, инструментальных и пр.) и медицинских вмешательств, на каждое из них, Потребитель/Заказчик подписывает добровольное информированное согласие, копия которых в обязательном порядке подклеиваются в карту Пациента. Подписанные согласия являются неотъемлемой частью настоящего Договора.

3.4.При оказании медицинских услуг Потребителю с привлечением иных медицинских учреждений, Исполнитель гарантирует координацию действий медицинского персонала, обеспечивает получение и предоставление полноценной и достоверной информации о ходе обследования и лечения.

3.5. При не соблюдении Потребителем/Заказчиком п. 2.3.8. и п. 2.3.10. настоящего Договора Исполнитель может отказаться от дальнейшего оказания услуг и выписать Пациента с пометкой в медицинских документах о нарушении режима.

4. Стоимость и порядок оплаты услуг

4.1. Стоимость медицинских услуг устанавливается согласно Смете, которая является неотъемлемой частью договора и не подлежит изменению в российских рублях по ценам в соответствии с действующим прейскурантом.

4.2. Оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем/Заказчиком в порядке 100% предоплаты суммы, указанной в Смете и Акте приема выполненных работ путем внесения наличных денежных средств через платёжный терминал Исполнителя или безналичным платежом на счет Исполнителя.

4.3. При возникновении необходимости оказания дополнительных услуг по результатам обследования и лечения с согласия Потребителя/Заказчика, стоимость услуг может быть изменена Исполнителем. Изменение стоимости с учетом уточненного диагноза, сложности операции и иных затрат на лечение должно быть произведено путем подписания обеими сторонами дополнительного соглашения к настоящему Договору.

4.4. По окончании предоставления медицинских услуг Потребитель/Заказчик производит окончательный расчет с Исполнителем за оказанные услуги в полном объеме.

4.5. Возврат излишне уплаченных Потребителем/Заказчиком денежных средств осуществляется в течение 7 (семи) рабочих дней после представления Потребителем/Заказчиком Исполнителю заявления на возврат денежных средств установленного образца и предъявления документа, удостоверяющего личность. В случае обращения за возвратом представителя Потребителя/Заказчика его полномочия должны быть подтверждены доверенностью, удостоверенной нотариально.

4.6. Возврат денежных средств за некачественное лечение производится в соответствии с Положением о гарантиях ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ».

4.7. Возврат денежных средств, оплаченных Потребителем/Заказчиком в кассу Исполнителя в безналичной форме банковскими картами через POS-терминал, производится Исполнителем в безналичной форме владельцу банковской карты, с которой произведена оплата, по соответствующему заявлению Потребителя/Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам.

4.8. Возврат денежных средств, оплаченных Потребителем/Заказчиком в наличной и/или безналичной форме через терминалы приема платежей или банкомат, производится Исполнителем в безналичной форме по соответствующему заявлению Потребителя/Заказчика по указанным в заявлении банковским реквизитам.

5. Ответственность сторон

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

5.2. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, причиной которого

стало нарушение Потребителем/Заказчиком условий настоящего договора, а так же по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством РФ.

5.3. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или чрезвычайных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки, принятие компетентными органами решений и т.п.), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

6. Порядок разрешения споров

6.1. Стороны обязуются все возникающие споры и разногласия по настоящему Договору решать в претензионном порядке и/или путем переговоров.

6.2. В случае если Стороны не могут прийти к соглашению, все споры и/или разногласия, возникшие из настоящего Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде общей юрисдикции по месту нахождения Исполнителя.

6.3. Во всем остальном, не предусмотренном настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством.

7. Общие положения

7.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны Сторонами.

7.2. Все приложения к договору, акты, заявления, согласия являются его неотъемлемыми частями.

7.3. После подписания настоящего Договора все предыдущие письменные и устные соглашения, переговоры и переписка между Сторонами теряют силу, если на них отсутствует ссылка в настоящем Договоре.

7.4. Настоящий Договор подписан в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу.

7.5. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения сторонами взятых на себя обязательств.

7.6. По вопросам, не отраженным в настоящем Договоре, Стороны руководствуются нормами законодательства Российской Федерации.

7.7. Гарантийные сроки на стоматологические услуги указаны в «Положении о гарантийных сроках и сроках службы на стоматологические услуги и работы, производимые в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ»

8. Адреса, банковские реквизиты и подписи сторон.

Исполнитель:

Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения города Москвы «Детская
стоматологическая поликлиника № 63
Департамента здравоохранения города Москвы»
ИНН 7731138208 КПП 773101001 ОГРН
1027739888880

Получатель: Департамент финансов города
Москвы (ГБУЗ «ДСП №63 ДЗМ» л/счет
2605442000680761;
БИК 004525988

ОКЦ № 1 ГУ Банка России по ЦФО//УФК ПО Г.
МОСКВЕ г. Москва,
Р/счет: 03224643450000007300
к/сч 40102810545370000003

тел.: 8 (965) 390-08-82

e-mail.ru: dsp63@zdrav.mos.ru

Заказчик

(Представитель Пациента):

Паспорт:

серия _____ N _____
Выдан _____

Адрес: _____
Телефон: _____

/ФИО/

_____ 202 ____ г.

_____/_____
_____ 202 ____ г.

**Информированное добровольное согласие
об объеме и условиях оказываемых платных медицинских услуг**

Я, _____, являющийся законным представителем Пациента _____, дата рождения «__» _____ г., в рамках договора об оказании платных медицинских услуг № _____ от «__» _____ 202__ г., желаю получить медицинские услуги в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ» за плату, при этом мне разъяснено и мною осознано следующее.

Я, получив от работников ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ» полную информацию о возможности и условиях предоставления Пациенту бесплатных медицинских услуг в ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ», в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи, даю свое согласие на оказание Пациенту платных медицинских услуг и готов их оплатить.

1. Я выражаю добровольность в получении Пациентом платных медицинских услуг, в то время как я рассмотрел различные варианты получения медицинских услуг, и то, что мне могут оказать аналогичные медицинские услуги в других медицинских учреждениях, на других условиях и на бесплатной основе.
2. Я согласен с тем, что используемая технология медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, и в случае, когда услуга оказана с соблюдением всех необходимых требований, ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ» не несет ответственности за их возникновение.
3. Мне разъяснено, что я могу получить как один из видов платных медицинских услуг, так и нескольких видов услуг.
4. Я осознаю и понимаю, что для получения лучших результатов лечения я должен исполнять все назначения, рекомендации и советы врачей ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ».
5. Я ознакомлен с действующим прейскурантом и согласен оплатить стоимость оказанных медицинских услуг в соответствии с ним.
6. Виды выбранных мною платных медицинских услуг согласованы с лечащим врачом Пациента, и я даю свое согласие на их оплату.
7. Я удостоверяю, что текст моего информированного согласия на медицинское вмешательство мною прочитан, мне понятно назначение данного документа, полученные разъяснения понятны и меня удовлетворяют.

Настоящее информированное добровольное согласие подписано мною после проведения предварительной беседы и является приложением к договору об оказании платных медицинских услуг

Потребитель/Заказчик _____

«__» _____ 202__ г.

СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я нижеподписавшийся _____, проживающий по адресу: _____, в соответствии с требованиями ст.9 Федерального закона от 27.07.06г. № 152-ФЗ "О персональных данных" подтверждаю свое согласие на обработку ГБУЗ «ДСП № 63 ДЗМ». (далее Оператор) персональных данных моего ребенка, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизитов полиса обязательного медицинского страхования, полиса добровольного медицинского страхования (ДМС), СНИЛС, а также сведения о состоянии здоровья моего ребенка, заболеваниях, диагнозах, случаях обращения за медицинской помощью и оказания ребенку медицинских услуг, оказанных в Отделении платных медицинских услугах и полученных Оператором в целях исполнения им своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что обработка будет производиться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

Предоставляю оператору право осуществлять с персональными данными моего ребенка все необходимые действия по их обработке, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение, обновление, использование, обезличивание, передачу, блокирование и уничтожение. Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в Отделении платных медицинских услуг с другими организациями для исполнения ими своих обязательств и осуществления своих прав при условии, что их обработка будет производиться лицом, обязанным обеспечить условия конфиденциальности и безопасности персональных данных.

Настоящее согласие дается мною бессрочно и может быть отозвано путем письменного извещения Оператора. В случае моего отзыва настоящего согласия Оператор обязан прекратить обработку моих персональных данных в течение периода времени, необходимого для завершения взаиморасчетов по оплате оказанной мне до этого медицинской помощи.

Подпись субъекта персональных данных _____

«__» _____ 202__ г.

к договору об оказании платных
медицинских услуг
№ _____ от «__» _____ 202__ г.

ПИСЬМЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ-СОГЛАСИЕ

Заказчика и (или) Потребителя на оказание платных медицинских услуг в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи

Настоящим прошу оказать платные медицинские услуги Потребителю (консультации, медицинские вмешательства, процедур) согласно смете договора.

В соответствии с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденными Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 N 659, а также статьями 84 и 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», подтверждаю следующее (нужное отметить галочкой ☒):

☐ **ВАРИАНТ А (Оказание платных медицинских услуг осуществляется в виде отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи):** Пациент и (или) Заказчик осведомлен(ы) о характере отклонения от объема, установленного стандартом медицинской помощи, и дает на это согласие. Пациенту и (или) Заказчику в доступной форме разъяснено право Потребителя 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. Платные медицинские услуги оказываются по инициативе (желанию) Потребителя.

☐ **ВАРИАНТ Б (Соответствующие виды и объемы медицинской помощи не входят в Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказывается исключительно на платной основе):** Пациенту и (или) Заказчику разъяснено, что соответствующие виды и объемы медицинской помощи не входят в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и оказываются исключительно на платной основе по инициативе (желанию) Потребителя.

Потребитель/Заказчик _____ /

«__» _____ 202__ г.

УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (извлечение из Постановлением Правительства Российской Федерации от 30.05.2026 N 659, а также статьями 84 и 20 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») Государственные медицинские организации Департамента здравоохранения города Москвы (далее - медицинские организации), оказывающие соответствующие виды и объемы 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 (далее - соответственно Программа, Территориальная программа), имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено Программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе: • установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара; • применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи; б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации; в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по обязательному медицинскому страхованию, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных статьей 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Подпись субъекта персональных данных _____ /

«__» _____ 202__ г.