

Директору ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ Хатькову И.Е.
пациент(ка):
адрес:

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПОТРЕБИТЕЛЯ
на предоставление медицинских услуг на платной основе к договору № от.09.2026
на основании ст. ст. 19, 84 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
"Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я,

ЖЕЛАЮ ПОЛУЧИТЬ ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ В ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ.

Настоящим подтверждаю, что мне была предоставлена в доступной форме информация о том, какие виды и объемы медицинской помощи, соответствующие моему заболеванию, я могу получить бесплатно, без взимания платы, в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

Мне также разъяснено, что я могу получить медицинские услуги на платной основе.

Решение об отказе получения медицинских услуг в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи принято в связи с тем, что услуги оказываются:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

- назначение и применение по медицинским показаниям лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлены жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации;

- применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, некупаемых за счет бюджетных ассигнований бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и не подлежащих оплате в рамках программы и территориальной программы;

- установление индивидуального поста медицинского наблюдения при оказании медицинской помощи в стационарных условиях при отсутствии медицинских показаний к установлению индивидуального поста медицинского наблюдения;

б) 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, которые предусмотрены ст. 21 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также за исключением оказания медицинской помощи в экстренной форме.

Я ознакомлен(а) с действующим в учреждении Прейскурантом цен и согласен(а) оплатить стоимость медицинских услуг. Я ознакомлен(а) со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены в доступной форме и понятны.

Я уведомлен(а) 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 Потребителя.

Учитывая, что я добровольно принимаю решение о получении медицинских услуг за плату, прошу Вас заключить со мной договор и предоставить Потребителю (Заказчику) платные медицинские услуги.

Подпись: ✓ _____ /./

Дата _____ 2026г.

ДОГОВОР №
на оказание платных медицинских услуг
(с физическим лицом)

г.Москва

« » _____ 20__г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московский клинический научный центр имени А. С. Логинова" ДЗМ (сокращенное наименование: **ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ**), находящееся по адресу: 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, стр. 6, 111123, г. Москва, улица Новогиреевская д.1 корпус 1, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора

(указывается должность уполномоченного представителя Исполнителя, наделенного правом подписывать настоящий Договор, его(ее) фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) полностью)

действующей на основании доверенности

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право заключать договоры от имени Исполнителя)

с одной стороны, и

(указывается полностью и фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) гражданина)

Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан

Я,

(указывается полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) законного представителя Потребителя в именнойном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

проживающий по адресу:

(адрес места жительства законного представителя Потребителя)

документ, удостоверяющий личность, законного представителя Потребителя: серия _____, номер _____, кем и когда выдан _____, являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель):

(нужное указать)

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):

(нужное указать)

(указать полностью фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) ребенка или недееспособного гражданина; год рождения)

(словесно цифровым способом: число, месяц, год); реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем "Потребитель", с другой стороны, а далее совместно именуемые "Стороны" заключили настоящий Договор о нижеследующем

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. В рамках настоящего Договора Исполнитель, действуя с добровольного согласия Потребителя (законного представителя Потребителя), оказывает Потребителю медицинские услуги по своему профилю деятельности (далее медицинские услуги) в соответствии с медицинскими показаниями и требованиями, установленными законодательством об охране здоровья, перечнем платных медицинских услуг, определяемым на основании Прейскуранта на платные медицинские услуги, оказываемые населению в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ, утвержденного в установленном порядке, и действующего на момент заключения Договора (далее Прейскурант), а Потребитель оплачивает медицинские услуги. Перечень платных медицинских услуг, оказываемых по настоящему Договору, представлен в приложении I. являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (далее Перечень).

1.1.1. Услуги по Договору оказываются Исполнителем в соответствии с действующей лицензией на осуществление медицинской деятельности Л041 01137 77/00563190 от «16» декабря 2020 года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, г. Москва, 127006, тел. 8 (499) 251-83-00. Срок действия лицензии: бессрочно.

Перечень предоставляемых работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность Исполнителя, в соответствии с лицензией:

№п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт	Стоимость за единицу, руб	Итого стоимость, руб
------	--	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	----------------------------

1.2. Потребитель (его законный представитель) осведомлен и, подписывая настоящий Договор, подтверждает следующее:

- на момент заключения Договора Исполнитель уведомил Потребителя (его законного представителя) действующих льготах для отдельных категорий граждан и 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. Подписывая настоящий Договор, Потребитель (его законный представитель), действуя свободно, своей волей, в своих интересах (в интересах представляемого им лица), понимая значение своих действий, даст добровольное согласие на оказание медицинских услуг на возмездной основе;

- Исполнитель уведомил Потребителя (его законного представителя) о том, что несоблюдение Потребителем указаний (рекомендаций) Исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья Потребителя;

- до него доведена информация о том, что граждане, находящиеся на лечении в ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

1.3. Срок оказания медицинских услуг: с __.09.2026 года по 31.12.2026 года. В случае увеличения срока оказания услуг, Стороны подписывают дополнительное соглашение.

1.4. Стоимость медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего Договора, определяется на основании Прейскуранта, действующего на момент заключения Договора, и составляет _____ руб.

1.5. Если при оказании платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг (при наличии такой возможности), Исполнитель предупреждает об этом Потребителя. Исполнитель не вправе оказывать Потребителю дополнительные медицинские услуги на возмездной основе без согласия Потребителя. В случае согласия Потребителя на оказание дополнительных медицинских услуг на возмездной основе, оформляется соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора, и производится перерасчет стоимости медицинских услуг в соответствии с Прейскурантом, действовавшим на дату заключения настоящего Договора.

1.6. Если по каким-либо причинам, не зависящим от волеизъявления Сторон, объем оказываемых Потребителю медицинских услуг, предусмотренный пунктом 1.1 настоящего Договора, сократится либо оказание медицинских услуг в рамках настоящего Договора окажется невозможным, Стороны подписывают соответствующее дополнительное соглашение, являющееся неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.7. В случае невозможности исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору, возникшей по вине Потребителя, оплата медицинских услуг осуществляется Потребителем в объеме фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по настоящему Договору.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Права Исполнителя:

2.1.1. При необходимости привлекать для оказания медицинских услуг сторонних специалистов.

2.1.2. Отказаться от исполнения обязательств по настоящему Договору в одностороннем порядке при возникновении объективной невозможности обеспечить безопасность медицинской услуги и (или) при возникновении медицинских противопоказаний для предоставления медицинской услуги, а также в случае неоплаты (частичной оплаты) Потребителем медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором.

2.1.3. В случае прекращения исполнения обязательств по настоящему Договору вернуть Потребителю сумму по Договору, за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов, связанных с исполнением обязательств по Договору.

2.2. Обязанности Исполнителя:

2.2.1. Предоставлять при заключении Договора Потребителю в доступной форме информацию о возможности получения соответствующих видов и объемов медицинской помощи без взимания платы в рамках федеральной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве. При этом отказ потребителя от заключения договора не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках программы и территориальной программы.

2.2.2. Предоставлять при заключении Договора по требованию Потребителя в доступной форме информацию о платных медицинских услугах, содержащую следующие сведения:

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

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

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

г) другие сведения, относящиеся к предмету договора.

2.2.3. Информировать Потребителя о предстоящей стоимости оказания медицинских услуг, а также о возможности доплаты, связанной с увеличением объема предоставляемых медицинских услуг.

2.2.4. Извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.2.5. Оказывать медицинские услуги Потребителю, предусмотренные пунктом 1.1 настоящего Договора.

2.2.6. В соответствии с федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сохранять конфиденциальность персональных данных и сведений, составляющих врачебную тайну.

2.2.7. Выдавать Потребителю в соответствии с законодательством Российской Федерации документ, подтверждающий произведенную оплату медицинских услуг (контрольно кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца).

2.2.8. Предоставлять Потребителю бесплатную, доступную и достоверную информацию о режиме работы Исполнителя, предоставляемых им медицинских услугах с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения медицинских услуг.

2.2.9. Оформлять и вести необходимую медицинскую документацию в отношении каждого Потребителя.

2.2.10. На основании письменного заявления Потребителя (законного представителя Потребителя) выдавать без взимания дополнительной платы медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), сформированные в отношении Потребителя, отражающие состояние здоровья после получения медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях.

2.2.11. По требованию Потребителя (законного представителя Потребителя) без взимания дополнительной платы устранять недостатки, выявленные в процессе оказания медицинских услуг.

2.2.12. Немедленно извещать Потребителя о невозможности оказания медицинских услуг по настоящему Договору, а также об обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.

2.2.13. Размещать на официальном сайте Исполнителя действующий Прейскурант.

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

2.2.15. Соблюдать требования нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих вопросы оказания платных услуг, включая требование осуществлять их оказание на основании и в соответствии с видами деятельности, указанными в лицензии медицинской организации.

2.3. Права Потребителя:

2.3.1. Требовать от Исполнителя надлежащего исполнения обязательств в соответствии с условиями настоящего Договора.

2.3.2. Отказываться от медицинских услуг по настоящему Договору и получать обратно уплаченную сумму с возмещением Исполнителю фактически понесенных им расходов, связанных с оказанием медицинских услуг по настоящему Договору.

2.3.3. Обращаться к Исполнителю за возвратом денежных средств за не оказанную услугу по настоящему Договору.

2.3.4. Обращаться к Исполнителю за предоставлением сведений о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинской услуге, медицинском работнике, предоставляющем медицинскую услугу.

2.3.5. Требовать от Исполнителя представления надлежащим образом оформленных документов в соответствии с условиями настоящего Договора, подтверждающих исполнение обязательств.

2.3.6. Непосредственно знакомиться с действующим Прейскурантом, с медицинской документацией, формируемой в отношении Потребителя, получать сведения о квалификации и сертификации специалистов Исполнителя, оказывающих необходимую медицинскую услугу, а также запрашивать и получать другие сведения, относящиеся к предмету настоящего Договора.

2.3.7. Выбирать специалиста Исполнителя, оказывающего необходимую медицинскую услугу в соответствии с пунктом 1.1 настоящего Договора.

2.4. Обязанности Потребителя:

2.4.1. Своевременно, в полном объеме и в соответствии с условиями, предусмотренными настоящим Договором, оплатить медицинские услуги, оказываемые Исполнителем по настоящему Договору.

2.4.2. Надлежащим образом (в порядке, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором) принять оказанные Исполнителем услуги.

2.4.3. До начала оказания медицинской услуги и далее своевременно предоставлять Исполнителю все известные достоверные сведения, которые могут повлиять на ход оказания медицинской услуги и, требующиеся для обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской услуги.

2.4.4. В течение всего периода пребывания у Исполнителя соблюдать режим лечения, а также правила поведения, режим работы, установленные Исполнителем для посетителей (пациентов).

2.4.5. Выполнять все рекомендации, указания Исполнителя, обеспечивающие своевременное и качественное предоставление медицинской услуги, в процессе ее оказания и на период после оказания медицинской услуги.

2.4.6. Не изымать из медицинской карты стационарного (амбулаторного) больного медицинскую документацию.

2.4.7. Прибыть для получения медицинской услуги в назначенное Исполнителем время.

2.4.8. При поступлении к Исполнителю для получения медицинских услуг, предусмотренных пунктом 1.1. настоящего Договора, иметь при себе паспорт или иной документ, удостоверяющий личность (граждане СНГ и иностранные граждане госпитализируются только при наличии паспорта и миграционной карты).

2.4.9. Надлежащим образом исполнять условия настоящего Договора и своевременно информировать Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению настоящего Договора.

2.4.10. До начала оказания услуги подписать необходимые согласия и (или) отказы, предусмотренные законодательством Российской Федерации.

2.4.11. Возместить убытки в случае причинения ущерба имуществу Исполнителя.

3. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

3.1. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения по адресу: г. Москва

3.2. Исполнитель обязуется приступить к оказанию медицинских услуг Потребителю не позднее 5 (пяти) рабочих дней с момента исполнения Потребителем обязанности, указанной в пункте 2.4.1 настоящего Договора. Условия и сроки ожидания платных медицинских услуг (указываются при наличии): _____

—

3.3. По окончании оказания Потребителю медицинских услуг Исполнитель направляет Потребителю по почте или нарочным Акт, подписанный со своей стороны в двух экземплярах (приложение 2 к настоящему Договору). Потребитель обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней направить в адрес Исполнителя по почте либо вручить лично (нарочным) один экземпляр, подписанного со своей стороны Акта или мотивированного отказа от подписания Акта. Оба экземпляра Акта, подписанного обеими Сторонами, имеют одинаковую юридическую силу.

3.4. Услуги считаются оказанными в полном объеме и надлежащего качества с даты подписания Сторонами Акта.

3.5. В случае если в срок, указанный в пункте 3.3 настоящего Договора, в адрес Исполнителя Потребителем не направлен подписанный им Акт или мотивированный отказ от подписания Акта, то предоставленные Исполнителем медицинские услуги считаются оказанными в полном объеме, надлежащего качества и принятыми без каких либо замечаний, а Акт считается подписанным Сторонами в последний день указанного пятидневного срока, а услуги подлежащими оплате в полном объеме.

4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Оплата медицинских услуг, указанных в пункте 1.1 настоящего Договора, осуществляется 1 Потребителем в течение 5 (пяти) рабочих дней со дня подписания обеими Сторонами настоящего Договора до получения услуг Потребителем в российских рублях в порядке

100% предоплаты путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя. Днем оплаты считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.2. В случае увеличения объема оказания медицинских услуг в соответствии с пунктом 1.4 настоящего Договора Потребитель обязуется оплатить дополнительные медицинские услуги, как в процессе оказания медицинских услуг, так и по окончании предоставления медицинских услуг.

4.3. После заключения Договора, в случае отказа Потребителя от получения медицинских услуг, Договор расторгается, при этом Потребитель оплачивает Исполнителю фактически оказанные ему медицинские услуги и понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

4.4. При сокращении объема предоставления медицинских услуг (пункт 1.6 настоящего Договора) Исполнитель по окончании оказания Потребителю медицинских услуг должен осуществить возврат неиспользованных денежных средств Потребителю в российских рублях банковским переводом по реквизитам, указанным в настоящем Договоре, либо наличным расчетом через кассу Исполнителя.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. Исполнитель имеет право отказать Потребителю в оказании медицинских услуг в случае:

- неоплаты Потребителем (его законным представителем) стоимости медицинских услуг на условиях, указанных в пункте 4.1 настоящего Договора;
- отказа Потребителя (законного представителя Потребителя) от предоставления информированного добровольного согласия) на медицинское вмешательство в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

5.2. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за качество оказанной медицинской услуги в соответствии с законодательством Российской Федерации.

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора, причиной которого стало: нарушение Потребителем условий настоящего Договора, несоблюдение Потребителем рекомендаций (указаний) специалистов Исполнителя, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

5.4. Потребитель предупрежден о возможных последствиях и осложнениях при оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором. В случае возникновения осложнений по независящим от Исполнителя причинам, денежные средства, внесенные и использованные по настоящему Договору, не возвращаются.

5.5. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг, в том числе за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной и (или) недостоверной информации, предусмотренной пунктом 2.4.3 настоящего Договора, а также в случаях, предусмотренных пунктами 2.4.4, 2.4.5, 2.4.9 и 1.6 настоящего Договора.

5.6. В случае возникновения споров по вопросам, предусмотренным настоящим Договором или в связи с ним, Стороны разрешают их путем переговоров.

5.7. Споры, неурегулированные путем переговоров, разрешаются Сторонами в претензионном порядке. Срок рассмотрения претензии, направленной в письменной форме, не может превышать 5 (пяти) рабочих дней с момента ее получения Стороной.

5.8. Если споры между Сторонами не урегулированы в порядке, определенном в пунктах 5.6 и 5.7 настоящего Договора, каждая из Сторон в соответствии с законодательством Российской Федерации вправе обратиться с иском в суд.

5.9. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием форс-мажорных обстоятельств (стихийные бедствия, эпидемии, военные действия, забастовки и другие), препятствующих выполнению обязательств по настоящему Договору.

5.10. В остальных случаях Стороны несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

6. ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА

6.1. Изменения и дополнения к настоящему Договору оформляются письменно, в виде дополнительных соглашений, подписанных представителями Сторон, уполномоченными на подписание таких документов, и считаются неотъемлемой частью настоящего Договора.

6.2. Расторжение Договора допускается по соглашению Сторон, по решению суда или в связи с односторонним отказом Стороны от исполнения по основаниям, указанным в настоящем договоре, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.

6.3. Сторона, решившая расторгнуть настоящий Договор, должна не позднее 10 (десяти) рабочих дней до предполагаемого дня расторжения направить другой Стороне по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, письменное уведомление о намерении расторгнуть Договор.

6.4. При расторжении Договора Стороны определяют и производят взаиморасчеты по возмещению фактически понесенных расходов по Договору.

6.5. Предоставленное настоящим Договором и законодательством Российской Федерации право на односторонний отказ от договора (исполнения договора) может быть осуществлено Стороной путем уведомления другой Стороны об отказе от договора (исполнения договора). Договор считается расторгнутым с момента получения одной Стороной письменного уведомления об отказе от договора (исполнения договора) от другой Стороны.

6.6. Уведомление об одностороннем расторжении договора направляется (передается) другой Стороне с использованием любых средств связи и доставки, обеспечивающих фиксирование данного уведомления и получение подтверждения о его вручении другой Стороне.

7. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

7.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

7.2. Стороны пришли к согласию о том, что при подписании настоящего Договора, приложений к нему, а также актов, дополнительных соглашений и иных документов, относящихся к настоящему Договору, допускается использование Исполнителем подписи с применением средств факсимильного воспроизведения подписи, которая приравнивается к собственноручной подписи подписавшего документ лица что не противоречит требованиям статьи 160 гражданского кодекса Российской Федерации. Исполнитель гарантирует, что использованная подпись факсимиле соответствует собственноручной подписи подписавшего лица.

7.3. Дополнительные соглашения к настоящему Договору, а также все приложения к нему являются его неотъемлемой частью.

7.4. Документы по настоящему Договору, а также извещения и сообщения, подписанные Исполнителем (уполномоченным представителем Исполнителя) собственноручной подписью либо текстовым аналогом собственноручной подписи, и переданные при помощи средств факсимильной или электронной связи по адресу, указанному в разделе 8 настоящего Договора, Потребителю и им принятые (принятые уполномоченным представителем Потребителя) в ходе исполнения настоящего Договора, имеют полную юридическую силу и могут быть использованы в качестве письменных доказательств (содержащаяся в них информация является обязательной для Сторон, считается достоверной и достаточной).

7.5. В целях оказания услуг по настоящему Договору и соблюдения законодательства о хранении и ведении медицинской документации Потребитель дает Исполнителю свое бессрочное согласие на обработку персональных данных Потребителя, в том числе сведений, составляющих врачебную тайну, в объеме и способами, предусмотренными федеральными законами от 27 июля 2006 г. № 152 ФЗ «О персональных данных» и от 21 ноября 2011 г. № 323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему Договору.

7.6. Во всем, что не предусмотрено настоящим Договором Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

7.7. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8. АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Исполнитель:

Полное официальное наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московский клинический научный центр имени А. С. Логинова" ДЗМ
Сокращенное официальное наименование: ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ
Наименование получателя платежа (для платежных поручений):

Лицевой счет: 2605441000900345

Банк получателя платежа (для платежных поручений): ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве

Место нахождения: 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, стр. 6, 111123, г. Москва, улица Новогиреевская д.1 корпус 1

Адрес электронной почты (e-mail): info@mknc.ru

Телефоны: 8(495) 304 30 35

Свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ, выданное МИФНС России №20 по г. Москве: серия 77 номер 004891610

ИНН/КПП: 7720093523/772001001

Расчетный счет: 03224643450000007300

БИК/ОКПО: 004525988/04784323

ОКАТО/ОГРН: 45263583000/1027700189626

ОКТМО/ОКВЭД: 45312000/86.10, 86.21, 72.19, 85.23, 86.90.9, 71.20.9

Потребитель:

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии):

Адрес регистрации:

Адрес фактический: _____

ИНН: _____

Р/с: _____

в _____

К/с: _____

БИК: _____

ОКПО: _____

Документ, удостоверяющий личность: серия, номер

Кем выдан:

Дата выдачи:

Телефоны:

Адрес электронной почты:

✓ _____ //

✓ _____ //

Приложение 1
к Договору на оказание платных медицинских
услуг (с физическим лицом)
от « » сентября 2026 г. №

Перечень медицинских услуг

№п/п	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Количество, шт	Стоимость за единицу, руб	Итого стоимость, руб
------	--	---------------------------------------	-------------------	------------------------------	----------------------------

ИТОГО руб., в том числе НДС не облагается					0,00
---	--	--	--	--	------

Стоимость услуг по настоящему Договору составляет

(буквенно-цифровое написание) (указывается словесным способом) (указывается цифровым способом)

На основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

Исполнитель:

Сокращенное официальное наименование: ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова ДЗМ
Наименование должности уполномоченного представителя Исполнителя: Администратор

Потребитель:

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии):

✓ _____ //

✓ _____ //

(подпись)

(подпись)

Наименование: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы"

Юридический адрес:
111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, стр. 6

Фактический адрес:
111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, стр. 6

Банковские реквизиты:
Лицевой счет: 2605441000900345, 2705441000900345, 3605441000900345
ИНН 7720093523 / КПП 772001001
ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва БИК 004525988
р/с 03224643450000007300
ОКТМО 45312000
ОГРН 1027700189626
Тел.: 8(495)304-30-39; 8(495)304-30-40

Счет на оплату медицинских услуг №
«» сентября 2026 г.

Заказчик:

Карта пациента:

Список услуг, добавленных по дополнительному соглашению

Код услуги Наименование услуги Стоимость услуги Скидка Количество услуги Итого

Итого	0,00	1
-------	------	---

Платеж по Договору №
рублей 00 копеек

Заказчик:

✓ _____ //

**Акт
сдачи-приемки оказанных услуг**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Московский клинический научно практический центр имени А.С. Логина Департамента здравоохранения города Москвы" (сокращенное наименование: ГБУЗ МКНЦ имени А.С. Логина ДЗМ), находящееся по адресу: находящееся по адресу: 111123, г. Москва, шоссе Энтузиастов, д. 86, стр. 6, 111123, г. Москва, улица Новогиреевская д.1 корпус 1, имеющее лицензию на осуществление медицинской деятельности Л041 01137 77/00563190 от «16» декабря 2020 года, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, находящимся по адресу: Оружейный переулок, д. 43, г. Москва, 127006, тел. 8 (495) 777-77-77, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице,

Администратора-кассира

(указывается должность уполномоченного представителя Исполнителя, наделенного правом подписывать акты к заключенным договорам, его(ее)

фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) полностью)

действующей на основании доверенности от

(наименование и реквизиты документа, подтверждающего право подписывать акты от имени Исполнителя) с одной стороны, и

(указывается полностью и фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) гражданина)

Данный раздел Договора заполняется только на лиц, не достигших возраста 18 лет, или недееспособных граждан

Я,

,
(указывается полностью фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии) законного представителя Потребителя в именительном падеже в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
проживающий по адресу:

,
(адрес места жительства законного представителя Потребителя)
паспорт: серия , номер , кем и когда выдан
иной документ, удостоверяющий личность законного представителя Потребителя

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель)

Потребителя (ребенка или гражданина, признанного недееспособным):
(нужное указать)

(нужное указать)

(указать полностью фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии) ребенка или недееспособного гражданина;

год рождения (словесно-цифровым способом: число, месяц, год); реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы Потребителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, совместно именуемые «Стороны», составили настоящий Акт сдачи приемки оказанных услуг (далее Акт) о нижеследующем:

1. Исполнитель в соответствии с Договором на оказание платных медицинских услуг от «» сентября 2026 г. № (далее – Договор) оказал, а Потребитель принял фактически оказанные Исполнителем следующие медицинские услуги:

№ П/П	Номенклатурный код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги	Кол- во, шт.	Стоимость за единицу, руб.	Итого стоимость, руб.
1	2	3	4	5	6

ИТОГО руб., в том
числе НДС не
облагается

0

2. Стоимость медицинских услуг Исполнителя, фактически оказанных Потребителю по Договору составляет руб. (**рублей копеек**),

(указывается цифровым способом) (указывается словесным
способом) (указывается цифровым способом)

в том числе НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 части второй Налогового кодекса Российской Федерации.

3. Медицинские услуги оказаны Исполнителем в срок, в полном объеме и надлежащего качества в соответствии с требованиями Договора и полностью приняты Потребителем.

4. Потребитель не имеет претензий к Исполнителю по качеству, объему, стоимости и срокам оказанных медицинских услуг.

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

Исполнитель:

Сокращенное официальное наименование: ГБУЗ

МКНЦ имени А.С. Логинова ДЗМ

ИНН/КПП: 7720093523/772001001

Наименование должности уполномоченного представителя Исполнителя: Администратор кассир
Потребитель:

Фамилия:

Имя:

Отчество (при наличии):

Паспорт: серия номер

Наименование органа, выдавшего паспорт:

Дата выдачи паспорта:

____//
(подпись)

____//
(подпись)