

ДОГОВОР № \_\_\_\_\_  
НА ОКАЗАНИЕ ПЛАТНЫХ АМБУЛАТОРНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ  
ДЛЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ

Г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Морозовская детская городская клиническая больница Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», имеющее лицензию на медицинскую деятельность № \_\_\_\_\_, в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (должность подписанта) \_\_\_\_\_ (ФИО подписанта)  
доверенности № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый (-ая) \_\_\_\_\_ в дальнейшем «Заказчик», как законный представитель \_\_\_\_\_ (дата рождения \_\_\_\_\_), именуемого в дальнейшем «Пациент», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Исполнитель обязуется оказать Пациенту, на возмездной основе амбулаторные медицинские услуги (далее – Услуги), по наименованию, стоимости и сроки, указанные перечисленные в Приложении №1 (далее - Направление) к настоящему Договору, которое является неотъемлемой частью Договора, а Заказчик обязуется оплатить медицинские услуги по цене, в сроки и на условиях, установленных настоящим Договором и приложением к нему.
2. Заказчик обязуется:
  - 2.1. Оплачивать стоимость Услуг по каждому Направлению в порядке 100%-ной предоплаты; плательщиком может выступать иное физическое лицо;
  - 2.2. Предоставить специалистам Исполнителя (врачам) все необходимые медицинские данные Пациента, в т.ч., об аллергических реакциях на лекарственные препараты, об имеющихся и перенесенных заболеваниях, травмах, операциях и иных факторах, которые могут повлиять на ход и результаты Услуг;
  - 2.3. Обеспечивать неукоснительное и добросовестное выполнение всех медицинских предписаний, назначений, рекомендаций специалистов, соблюдать правила внутреннего распорядка Исполнителя, лечебно-охранительный режим, правила пожарной безопасности.
3. Стоимость Услуг определяется на основании действующего Прейскуранта Исполнителя.
4. Настоящий Договор может быть расторгнут: по обоюдному согласию Сторон, либо по инициативе Заказчика в случае его отказа от продолжения обследования и (или) лечения, путем подачи письменного заявления в любое время от момента начала оказания Услуг. При проведении окончательного расчета с Заказчика удерживается стоимость оказанных Услуг и иных фактически понесенных Исполнителем расходов.
5. В случае ненадлежащего исполнения своих обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность согласно действующему законодательству РФ.
6. Исполнитель не несет ответственность перед Заказчиком за качество оказания Услуг или сроков их исполнения при нарушении последним своих договорных обязательств, в том числе за оказание Услуг в меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Пациентом (Заказчиком) неполной или недостоверной информации, указанной в п. 2.2. Договора, либо вследствие объективных обстоятельств, вызванных медицинскими показаниями.
7. Заказчик уведомлен о том, что граждане Российской Федерации вправе получать медицинскую помощь бесплатно в лечебных учреждениях на территории Российской Федерации в соответствии с правилами ОМС и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
8. В случае, если, при предоставлении платных медицинских услуг, потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Настоящий Договор действует с момента подписания до 31.12.2019 г. (включительно).
10. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.

Заказчик:	Исполнитель:
ФИО: _____  Дата рождения: _____ г. Место рождения: _____ Документ, удостоверяющий личность: _____ _____ _____ Адрес _____ места _____ регистрации: _____ _____ Адрес места нахождения: _____ _____ Телефон: _____ _____ / _____ (подпись) / (расшифровка)	<b>Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы "Морозовская детская городская клиническая больница Департамента Здравоохранения города Москвы" (ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»)</b> Юридический/почтовый адрес: 119049 г. Москва, 4-ый Добрынинский переулок, дом 1/9 ИНН/КПП 7705039232/770501001 ОГРН 1027739783620 р/с 03224643450000007300 к/с 40102810545370000003 в ГУ БАНКА РОССИИ ПО ЦФО/УФК по г. Москве г. Москва (л/с 2605441000450549) БИК 004525988 Тел./Факс: (499)236-24-02 Адрес электронной почты: mdgkb@zdrav.mos.ru _____ _____ / _____ должность подписанта / ФИО подписанта