

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**  
«Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы»

**ПРИКАЗ**

«01» 09 \_\_\_\_\_ 2022 г.

№ 166/34

**Об утверждении Положения о порядке и условиях  
предоставления платных медицинских услуг**

В целях регламентации работы Отделения по оказанию платных медицинских услуг Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»), руководствуясь Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от «04» октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»,

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг (приложение к приказу).
2. Лицу, ответственному за работу отделения по оказанию платных медицинских услуг, обеспечить размещение в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru/> Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, лицензии на осуществление медицинской деятельности, информации о медицинских работниках, принимающих участие в предоставлении платных медицинских услуг, прейскуранте цен на медицинские услуги, Положения о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг.
3. Настоящий приказ вступает в силу с даты подписания.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач



Л.П. Лаврова

## Положение о порядке и условиях предоставления платных медицинских услуг

**1.1.** Настоящее положение о предоставлении платных медицинских услуг в медицинской организации (далее - Положение) разработано в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации, Федеральным законом от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Постановлением Правительства Российской Федерации от «04» октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», а также иных нормативных правовых актов и определяет требования к оказанию платных медицинских услуг в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (далее – ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ») гражданам с целью более полного удовлетворения потребности населения в медицинской помощи.

**1.2.** В настоящем Положении используются следующие понятия:

«Платные медицинские услуги» - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств юридических лиц и иных средств на основании договоров об оказании платных медицинских услуг, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

«Медицинская услуга» - мероприятие или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику, лечение и реабилитацию, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

«Потребитель» - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Закона РФ от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей»;

«Заказчик» - физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести) либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг в пользу потребителя;

«Исполнитель» - медицинская организация, оказывающая платные медицинские услуги потребителям - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы», ОГРН 1027739269910):

- ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9;
- Филиал 1 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 109428, г. Москва, ул. Михайлова, д. 33;
- Филиал 2 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 111020, г. Москва, Юрьевский пер., д. 13;
- Филиал 3 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 111033, г. Москва, Таможенный пр., д. 3;
- Филиал 4 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 109125, г. Москва, Волжский бульвар, д.

9;

- Филиал 5 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 109052, г. Москва, ул. Верхняя Хохловка, д. 2 с. 1;

- Филиал 6 ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», адрес оказания услуг: 109202, г. Москва, ул. 3-я Карачаровская, д. 11.

## **2. Основания и условия оказания платных медицинских услуг**

**2.1.** Платные медицинские услуги оказываются со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» на основании:

**2.1.1.** Лицензии на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № Л041-01137-77/00368124 (далее – лицензия), выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, адрес местонахождения лицензирующего органа: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +7 (495) 777-77-77. Текст лицензии размещен в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru>. Информация о действующей

лицензии ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» размещена в реестре лицензий в сети интернет на сайте Федеральной службы в сфере здравоохранения <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.

**2.1.2.** Перечня платных медицинских услуг, оказываемых ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», утвержденного со стороны Департамента здравоохранения города Москвы.

**2.1.3.** Прейскуранта цен на платные медицинские услуги, оказываемые ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ».

**2.1.4.** Договора на оказание платных медицинских услуг (форма договора утверждена приказом ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и является приложением к настоящему положению).

Перечень платных медицинских услуг и прейскурант цен на платные медицинские услуги размещены в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru>.

**2.2.** При заключении договора на оказание платных медицинских услуг потребителю (заказчику) предоставляется в доступной форме информация 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 (далее - соответственно программа, территориальная программа).

Ссылка на Территориальную программу размещена на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», в сети Интернет на сайте ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» <https://dc3.mos.ru/> и сайте МГФОМС <https://www.mgfoms.ru/>.

**2.3.** Отказ потребителя от заключения договора на оказание платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объемов медицинской помощи, предоставляемых такому потребителю без взимания платы в рамках территориальной программы.

**2.4.** Основаниями для оказания платных медицинских услуг являются:

**2.4.1.** Оказание медицинских услуг на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика).

**2.4.2.** Предоставление медицинских услуг 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.

**2.4.3.** Добровольное желание гражданина или его законного представителя получить медицинскую услугу на возмездной основе.

**2.5.** Скорая медицинская помощь всем категориям граждан оказывается бесплатно.

**2.6.** Для учета средств, поступающих от предпринимательской или иной приносящей доход деятельности, в том числе от оказания платных медицинских услуг, ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» имеет соответствующий лицевой счет.

**2.7.** При оказании платных медицинских услуг ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» соблюдаются порядки оказания медицинской помощи, а именно:

**2.7.1.** Оказание платных медицинских услуг осуществляется в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, консультации и лечения, разрешенными на территории Российской Федерации в полном объеме стандарта медицинской помощи либо по просьбе пациента в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

**2.7.2.** Качество оказываемых ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» платных медицинских услуг должно соответствовать условиям заключенного с потребителем (заказчиком) договора на оказание платных медицинских услуг, а при отсутствии в договоре условий об их качестве - требованиям, предъявляемым к услугам соответствующего вида.

**2.7.3.** Платные медицинские услуги оказываются при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя), данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

**3. Порядок заключения договора на оказание платных медицинских услуг и условия оплаты медицинских услуг**

**3.1.** Договор на оказание платных медицинских услуг заключается потребителем (заказчиком) и исполнителем по утвержденной форме, являющейся приложением к настоящему Положению.

**3.2.** При заключении договора на оказание платных медицинских услуг потребителю и (или) заказчику предоставляется в доступной форме информация о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:

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

- информация о конкретном медицинском работнике, оказывающем 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 договора на оказание платных медицинских услуг.

**3.3.** До заключения договора исполнитель в письменной форме уведомляет потребителя (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 потребителя.

**3.4.** Договор на оказание платных медицинских услуг должен содержать:

**3.4.1.** Сведения об исполнителе:

- наименование и фирменное наименование (если имеется) медицинской организации - юридического лица, адрес места нахождения, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в Единый государственный реестр юридических лиц, с указанием органа, осуществившего государственную регистрацию;

- номер лицензии на осуществление медицинской деятельности, дата ее регистрации с указанием перечня работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации в соответствии с лицензией, наименование, адрес места нахождения и телефон выдавшего ее лицензирующего органа.

**3.4.2.** Фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон потребителя (законного представителя потребителя), фамилию, имя и отчество (если имеется), адрес места жительства и телефон заказчика - физического лица, наименование и адрес места нахождения заказчика - юридического лица.

**3.4.3.** Перечень платных медицинских услуг, оказываемых в соответствии с договором на оказание платных медицинских услуг.

**3.4.4.** Стоимость платных медицинских услуг, сроки и порядок их оплаты.

**3.4.5.** Условия и сроки оказания платных медицинских услуг.

**3.4.6.** Должность, фамилию, имя, отчество (если имеется) лица, заключающего договор от имени исполнителя, и его подпись, фамилию, имя, отчество (если имеется) потребителя (заказчика) и его подпись. В случае если заказчик является юридическим лицом, указывается должность лица, заключающего договор от имени заказчика.

**3.4.7.** Ответственность сторон за невыполнение условий договора на оказание платных медицинских услуг.

**3.4.8.** Порядок изменения и расторжения договора на оказание платных медицинских услуг.

**3.4.9.** Иные условия, определяемые по соглашению сторон, за исключением условий об ограничении ответственности исполнителя за результат лечения.

**3.5.** Договор на оказание платных медицинских услуг составляется в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у исполнителя, второй - у заказчика, третий - у потребителя. В случае если договор на оказание платных медицинских услуг заключается потребителем и исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

При этом текст договора на оказание платных медицинских услуг должен быть напечатан шрифтом, размер (кегель) которого составляет не менее 14 пунктов.

Срок хранения исполнителем договора на оказание платных медицинских услуг не может быть менее 3 лет.

**3.6.** На оказание платных медицинских услуг может быть составлена смета. Ее составление по требованию потребителя (заказчика) или исполнителя является обязательным, при этом она является неотъемлемой частью договора.

**3.7.** В случае если при предоставлении платных медицинских услуг требуется предоставление на возмездной основе дополнительных медицинских услуг, не предусмотренных договором на оказание платных медицинских услуг, исполнитель обязан предупредить об этом потребителя (заказчика).

Без письменного согласия потребителя (заказчика), оформленного в виде дополнительного соглашения к договору на оказание платных медицинских услуг, либо нового договора на оказание платных медицинских услуг с указанием конкретных медицинских услуг и их стоимости, исполнитель не вправе предоставлять дополнительные медицинские услуги на возмездной основе.

**3.8.** 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 от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

**3.9.** В случае отказа потребителя после заключения договора от получения медицинских услуг договор расторгается. Исполнитель информирует потребителя (заказчика) о расторжении договора по инициативе потребителя, при этом потребитель (заказчик) оплачивает исполнителю фактически понесенные исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по договору оказания платных медицинских услуг.

**3.10.** Потребителю (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)).

**3.11.** Исполнителем после исполнения договора на оказание платных медицинских услуг выдаются потребителю (законному представителю потребителя) в течение 10 дней медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях. Указанная информация предоставляется потребителю бесплатно.

#### **4. Учет объемов платных услуг**

**4.1.** Объем платных медицинских услуг отражает общий объем платных медицинских услуг, оказанных потребителям за отчетный период и учитывается в соответствующих статистических формах.

**4.2.** Виды медицинских услуг, оказываемых ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» гражданам за счет личных средств граждан, организаций, средств добровольного медицинского страхования и иных источников, предусмотренных законодательством Российской Федерации, определяются утвержденным перечнем платных медицинских услуг, прейскурантом цен на платные медицинские услуги и лицензией на осуществление медицинской деятельности.

#### **5. Стоимость платных медицинских услуг и порядок оплаты**

**5.1.** Стоимость платных медицинских услуг определяется на основании сметы с учетом всех расходов, связанных с предоставлением этих услуг, выражается в рублях.

**5.2.** Стоимость на платные медицинские услуги формируется ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и утверждается приказом ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ».

**5.3.** ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ», как исполнитель, вправе по своему усмотрению предоставлять льготы для отдельных категорий граждан в размере, не превышающем заложенную в стоимость платных медицинских услуг прибыль.

**5.4.** Оплата платных медицинских услуг производится путем наличных, либо безналичных расчетов.

**5.5.** По требованию лица, оплатившего платные медицинские услуги, ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» обязано выдать справку об оплате медицинских услуг для представления в налоговые органы Российской Федерации установленной формы.

#### **6. Контроль за оказанием платных медицинских услуг и ответственность исполнителя**

**6.1.** Контроль за организацией и качеством оказания платных медицинских услуг, а также правильностью взимания платы за оказанные платные медицинские услуги осуществляет в пределах

своей компетенции Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

**6.2.** За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по договору исполнитель несет ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

**6.3.** Вред, причиненный жизни или здоровью пациента в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.

**ФОРМА**

**ДОГОВОР № \_\_\_\_\_**  
**об оказании платных медицинских услуг**

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (лицензия на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № ЛО41-01137-77/00368124), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, с одной стороны, и гражданин(ка) \_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

**1. Предмет договора**

1.1. Оказание Потребителю (при его обращении к Заказчику) платных медицинских услуг из Перечня платных медицинских услуг, размещенного в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru>.

1.2. Медицинские услуги оказываются при обращении Потребителя в медицинские учреждения Исполнителя (Информация об адресах медицинских учреждений исполнителя и режиме их работы размещены в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru> и доводится до сведения Потребителя при подписании настоящего договора).

1.3. Перечень, вид объём и стоимость медицинских услуг, необходимых Потребителю и оказываемых в рамках настоящего договора в период его действия, осуществляется Сторонами путем формирования и подписания Сторонами, по обращению Потребителя, листа заказа на оказание платных медицинских услуг по форме, согласованной Сторонами в приложении 3 к настоящему договору.

1.4. Медицинские услуги оказываются Потребителю в период с даты заключения настоящего договора по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (включительно).

**2. Стоимость медицинских услуг, порядок их оплаты**

2.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему договору определяется исходя из стоимости всех медицинских услуг, оказанных Потребителю (при его обращении к Исполнителю) в период действия настоящего договора, конкретизированных в листах заказа на оказание платных медицинских услуг, составленных по форме приложения 3 к настоящему договору.

Стоимость медицинской услуги рассчитывается согласно Прейскуранту на предоставление платных медицинских услуг (далее – прейскурант), действующему в медицинском учреждении Исполнителя на дату обращения Потребителя за получением медицинской услуги и фиксируется в листе заказа на оказание платных медицинских услуг.

2.2. Оказание медицинских услуг Потребителю осуществляется только при условии предварительной безналичной/наличной оплаты стоимости платных медицинских услуг, зафиксированной в листе заказа на оказание платных медицинских услуг. Обязательства Потребителя по оплате считаются исполненными в полном объеме после поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

**3. Права и обязанности сторон**

**3.1. Исполнитель обязан:**

3.1.1. Оказать Потребителю платные медицинские услуги в порядке, сроки, предусмотренные договором и правилами оказания платных медицинских услуг. Вести учёт видов, объёмов и стоимости платных медицинских услуг, оказываемых потребителю в рамках настоящего договора.

3.1.2. Оказать платные медицинские услуги лично, без привлечения третьих лиц, а при отсутствии возможности оказания услуг в медицинском учреждении Исполнителя и необходимости привлечения третьих лиц, письменно согласовать с Потребителем возможность привлечения третьих лиц к исполнению обязательств по договору.

3.1.3. Получить от Потребителя Информированное согласие пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну и Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании платных медицинских услуг).

3.1.4. Не разглашать сведения, отнесенные законом и настоящим договором к конфиденциальным, либо сведениям, отнесенным к врачебной тайне.

3.1.5. При необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором и не относящихся к ситуации оказания медицинских услуг по экстренным показаниям, предложить Потребителю заключить к настоящему договору соответствующее дополнительное соглашение. Оказывать дополнительные платные медицинские услуги только после заключения к договору соответствующего дополнительного соглашения.

3.1.6. Предоставить Потребителю до момента подписания настоящего договора доступную для его понимания достоверную информацию об оказываемых услугах, лицензии на осуществление медицинской деятельности, месте оказания платных медицинских услуг, режиме работы медицинских учреждений Исполнителя и медицинских работников исполнителя (квалификации, сертификации), принимающих участие в оказании платных медицинских услуг, перечне платных медицинских услуг и их стоимости, сроках и условиях их оказания.

### **3.2. Исполнитель имеет право:**

3.2.1. Отказать Потребителю в оказании платных медицинских услуг по договору при неисполнении Потребителем обязательств по оплате медицинских услуг, при отказе Потребителя от подписания документов, предусмотренных п. 3.1.3 договора, наличии у Потребителя противопоказаний, либо в иных случаях, установленных действующим законодательством.

3.2.2. Требовать и получать от Потребителя любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему договору. В случае непредоставления либо неполного или неверного предоставления Потребителем информации Исполнитель имеет право приостановить (либо отказать в оказании услуг) исполнение своих обязательств по настоящему договору до представления необходимой информации. При невыполнении Пациентом рекомендаций медицинского работника, оказывающего платную медицинскую услугу, отказаться от исполнения настоящего договора.

3.2.3. Самостоятельно определять объем исследований, манипуляций, оперативных вмешательств, необходимых для установления диагноза, обследования и оказания медицинской услуги, в т.ч. и не предусмотренной настоящим договором (по экстренным показаниям).

3.2.4. При необходимости оказания дополнительных платных медицинских услуг, не предусмотренных настоящим договором и не относящихся к ситуации оказания медицинских услуг по экстренным показаниям, предложить Потребителю заключить к настоящему договору соответствующее дополнительное соглашение.

### **3.3. Потребитель обязан:**

3.3.1. Подписать, до начала оказания услуг по договору документы, предусмотренные п. 3.1.3 договора.

3.3.2. Сообщить медицинскому работнику Исполнителя/Исполнителю до начала медицинского вмешательства полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных и др.

3.3.3. Соблюдать назначения медицинского работника Исполнителя, медицинского персонала и установленные предписания и правила при пребывании в учреждении Исполнителя.

### **3.4. Потребитель имеет право:**

3.4.1. Получить услугу надлежащего качества.

3.4.2. Отказаться от получения медицинской услуги в порядке, предусмотренном действующим законодательством.

3.4.3. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения условий договора со стороны Исполнителя по своему выбору потребовать:

- назначения нового срока оказания платной медицинской услуги путем заключения нового договора, либо в рамках настоящего договора;

- оказания платной медицинской услуги другим медицинским работником-специалистом Исполнителя;



- расторжения настоящего договора и возмещения убытков, в том числе понесенных Потребителем расходов по устранению недостатков оказанной услуги, если это необходимо, в других медицинских учреждениях.

#### **4. Информация о порядке оказания платных медицинских услуг**

4.1. Право Исполнителя на предоставление медицинских услуг подтверждается лицензией на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № Л041-01137-77/00368124 (далее – лицензия), выданной Департаментом здравоохранения города Москвы, адрес местонахождения лицензирующего органа: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, тел. +7 (495) 777-77-77. Текст лицензии, а также информация о работниках Исполнителя, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, размещены в свободном (публичном) доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://dc3.mos.ru>. Информация о действующей лицензии ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» размещена в реестре лицензий, размещенного в сети Интернет на сайте Федеральной службы в сфере здравоохранения <https://roszdravnadzor.gov.ru/services/licenses>.

4.2. Наличие платных медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договора, в перечне медицинских услуг, оказываемых в рамках программы и территориальной программы обязательного медицинского страхования, не является основанием для освобождения Потребителя от оплаты медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего договора на платной основе, если Потребитель изъявил желание получить данную медицинскую услугу именно на платной основе и проинформирован Исполнителем о возможности получить данную медицинскую услугу бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

4.3. Медицинские услуги, после их оплаты, оказываются в день обращения Потребителя, либо по записи (в зависимости от вида и объема услуги/услуг, необходимых Потребителю). Информация об оказании услуги отражается в медицинской документации Потребителя, оформляемой в соответствии с действующим законодательством медицинским работником Исполнителя. В случае отсутствия обоснованных возражений Потребителя, услуга считается оказанной надлежащим образом. Составление акта сдачи-приемки оказанных услуг не требуется, но акт может быть составлен по письменному запросу/требованию Потребителя.

#### **5. Ответственность сторон**

5.1. За неисполнение либо ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. В случае предоставления услуг ненадлежащего объема и качества, либо не в срок, Исполнитель несет ответственность в соответствии с Законом РФ от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителя».

5.3. За достоверность предоставляемой информации о своем здоровье, четкое выполнение назначений и рекомендации медицинского работника Исполнителя, своевременную оплату платных медицинских услуг по настоящему Договору.

5.4. 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.

5.5. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего договора, причиной которого стало нарушение Потребителем условий настоящего договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством РФ.

#### **6. Порядок разрешения споров**

6.1. Все споры по Договору, разрешаются Сторонами путем переговоров. В случае невозможности урегулирования спора путем переговоров, спор подлежит разрешению в соответствии с законодательством РФ.

#### **7. Дополнительные условия**

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует в течение одного года.

7.2. Подписывая настоящий договор Потребитель подтверждает, что:

7.2.1. ознакомлен со всеми его условиями договора, условия договора Потребителю разъяснены и понятны

7.2.2. уведомлен о последствиях несоблюдения указаний (рекомендаций) медицинского учреждения (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима/плана лечения (может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя)

(подпись Потребителя)

7.2.3. проинформирован Исполнителем о возможности получить медицинские услуги бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (информация располагается в свободном доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://www.mgfoms.ru>), а выбор платных медицинских услуг, оказываемых в рамках настоящего договора является осознанным и добровольным выбором Потребителя

(подпись Потребителя)

7.2.4. проинформирован Исполнителем о порядках и стандартах, применяемых при оказании платных медицинских услуг, медицинских работников (конкретном медработнике, его профессиональном образовании и квалификации), оказывающих платные медицинские услуги в рамках настоящего договора, о методах оказания платных медицинских услуг, связанных с ними рисках, возможных видах медицинских вмешательств, их последствиях и ожидаемых результатах оказания платных медицинских услуг

(подпись Потребителя)

7.2.5. платные медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора оказываются исключительно по желанию, инициативе и просьбе Пациента

(подпись Потребителя)

7.3. Стороны берут на себя обязательства по соблюдению конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении договора. Потребитель дает согласие на обработку своих персональных данных (в соответствии с требованиями ст. 6 и Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»).

7.4. Все изменения и дополнения к настоящему договору, требующие взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон (либо ими лично).

7.5. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу по одному экземпляру для каждой стороны.

### Адреса и реквизиты сторон

**Исполнитель:**

ГБУЗ «ДЦ №3 ДЗМ»

109444, г. Москва, ул. Сормовская, д. 9

ОГРН 1027739269910

ИНН 7721033735, КПП 772101001

**Банковские реквизиты:**

Наименование банка: ГУ БАНКА РОССИИ по ЦФО/УФК по г. Москве

Единый казначейский счет (счет банка получателя) 40102810545370000003

Казначейский счет (расчетный счет)

03224643450000007300

Лицевой счет 2605442000900231

БИК 004525988

ОКПО 17476617

ОКТМО 45385000

**Потребитель:**

**ФИО**

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Паспорт гражданина \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_  
номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г., код  
подразделения \_\_\_\_\_.

Зарегистрирован(а): \_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Информированное согласие пациента  
на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих  
врачебную тайну**

(Форма подготовлена с использованием типовой формы согласия, утвержденной приказом Департамента здравоохранения города Москвы от «09» декабря 2019 г. № 1057 «О типовых формах информированного согласия на обработку и передачу персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну»)

Я, \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ г.р.

Зарегистрирован(ная) по адресу: \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания: \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: Паспорт гражданина \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_, дата

выдачи \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_.

СНИЛС \_\_\_\_\_ (при наличии), полис ОМС (ДМС) \_\_\_\_\_ (при наличии)

Телефон: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

В соответствии с требованиями ст. 9 и 10 Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», даю свое согласие ГБУЗ «ДЦ №3 ДЗМ» (ОГРН 1027739269910, ИНН 7721033735, адрес: 109444, г. Москва, ул. Сормовская, д.9) (далее - Оператор) на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату и место рождения, адрес места жительства, профессия/место работы (в случае оформления листка нетрудоспособности), контактные телефоны, адрес электронной почты, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС (при наличии), полиса ДМС (при наличии), СНИЛС (при наличии), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные при условии, что обработка указанных данных осуществляется лицом, обязанным сохранять персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, всеми возможными способами. В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим лицам в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение, обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, а также сводки и системы хранения данных, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в медицинской документации, а также договором на оказание медицинской помощи по программе ОМС (договорам ДМС).

Оператор имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС (договору ДМС) на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС, иными медицинскими организациями с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и (или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну.

Цели обработки персональных данных: оказание мне медицинской помощи.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, следующим лицам (Указать ФИО и контактные данные лица):

Работодатель \_\_\_\_\_  
Супруг(а) \_\_\_\_\_  
Мать \_\_\_\_\_  
Отец \_\_\_\_\_  
Сын \_\_\_\_\_  
Дочь \_\_\_\_\_  
Иные лица \_\_\_\_\_

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия, либо в случаях, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации.

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

Я оставляю за собой право отозвать свое согласие посредством составления соответствующего письменного документа, который может быть направлен мной в адрес Оператора по почте заказным письмом с уведомлением о вручении либо вручен лично под расписку представителю Оператора.

Подпись пациента/законного представителя пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись)/(расшифровка подписи)

« » 20 г.

Пациент подписался в моем присутствии: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись врача) (расшифровка с указанием должности)

**Заполняется, если пациент не может самостоятельно прочесть информированное согласие, но может его подписать**

Информированное согласие прочитано пациенту вслух \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача, должность)

Информированное согласие разъяснено и понятно, доведено до пациента в доступной для понимания форме.  
Заполнено в моем присутствии:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О, должность)

Удостоверяет присутствующий при беседе (свидетель) врач

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О, должность)

**Заполняется, если пациент по тяжести состояния не может подписаться из-за когнитивного снижения**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(указать, в чем состоит тяжесть)

не может прочесть и подписать данное согласие.

**Решение об общем плане обследования и лечения принимается коллегиально (консилиумом) – пункты 9, 10 статьи 20 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации»**

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(наименование организации)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(наименование организации)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

Врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(наименование организации)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О)

**Информированное добровольное согласие пациента  
на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по  
договору об оказании платных медицинских услуг)**

Я, \_\_\_\_\_ (Дата и год рождения «\_\_»  
\_\_\_\_ г., паспорт гражданина \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_, выдан  
\_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а)  
по адресу \_\_\_\_\_, адрес  
фактического проживания \_\_\_\_\_, тел.  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_)

*Заполняется в случае подписания законным представителем пациента*

в отношении \_\_\_\_\_ (Дата и год рождения  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г., паспорт гражданина \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_,  
выдан \_\_\_\_\_, дата выдачи \_\_\_\_\_, код подразделения \_\_\_\_\_, зарегистрирован(а)  
по адресу \_\_\_\_\_, адрес  
фактического проживания \_\_\_\_\_, тел.  
\_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_)

даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств при оказании мне со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» любых платных медицинских услуг в рамках заключенного между мной (моим законным представителем) и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» договора об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ (далее – договор) и поименованных в листах заказа на оказание платных медицинских услуг, составленных и подписанных с моей стороны по форме приложения 3 к договору.

Я подтверждаю, что до заключения со мной договора со стороны ГБУЗ «ДЦ №3 ДЗМ», в понятной и доступной для меня форме, доведено следующее:

1. Мне разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от «07» февраля 1992 г. № 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от «04» октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».

2. Я информирован, что необходимым предварительным условием оказания мне платных медицинских услуг является заключение договора об оказании платных медицинских услуг, подписание, в соответствии с требованиями ст. 9 и 10 Федерального закона от «27» июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 20, 22 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Информированного согласия пациента на обработку и передачу его персональных данных, данных и сведений, составляющих врачебную тайну и Информированного добровольного согласия пациента на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании платных медицинских услуг), подписание листа заказа на оказание платных медицинских услуг, оплата медицинских услуг, поименованных в листе заказа

на оказание платных медицинских услуг.

3. Я информирован о возможности отказаться от получения платных медицинских услуг и возможности отказаться от договора об оказании платных медицинских услуг в любое время в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.

4. Мне разъяснено мое законное право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальной программы, при соблюдении условий программ, а также положения данных программ.

5. Мне разъяснено право на получение платных медицинских услуг, предоставляемых по моему желанию при оказании медицинской помощи, и платных немедицинских услуг (бытовых, сервисных, транспортных и иных услуг), предоставляемых дополнительно при оказании медицинской помощи, за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров в случае, если такого рода услуги могут быть оказаны со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ».

6. Мне разъяснено, что платные медицинские услуги, предусмотренные заключенным между мной и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» договором, оказываются по моему желанию на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи:

- на иных условиях, чем предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и (или) целевыми программами;

- при оказании медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации;

- 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;

- при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Федерального закона от «21» ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

7. Я проинформирован со стороны ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» о возможности получить медицинские услуги бесплатно в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования (информация располагается в свободном доступе на стойках информации ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и в сети интернет по адресу: <http://www.mgfoms.ru>).

8. Мне понятно, что отказ пациента от предлагаемых платных медицинских услуг не может быть причиной уменьшения видов и объема оказываемой медицинской помощи, предоставляемых такому пациенту без взимания платы в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

9. Я уведомлен о том, что несоблюдение с моей стороны указаний (рекомендаций) ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, могут снизить качество оказываемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья пациента.

10. Я, внимательно прочитав все вышеуказанное выше, подтверждаю, что получил

исчерпывающую информацию об оказании мне платных медицинских услуг в рамках заключенного между мной и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» договора.

11. Подписывая настоящее Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при оказании платных медицинских услуг по договору об оказании платных медицинских услуг) я подтверждаю, что прошу ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» оказать мне платные медицинские услуги, предусмотренные договором, заключенным между мной и ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ» и поименованных в листах заказа на оказание платных медицинских услуг.

Подпись \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Дата: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Приложение 3  
к договору об оказании платных медицинских услуг  
от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

ФОРМА

**ЛИСТ ЗАКАЗА № \_\_\_\_\_**  
на оказание платных медицинских услуг в рамках договора об оказании платных  
медицинских услуг от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

г. Москва

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ п/п	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма

Всего наименований \_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_ Р  
( \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек)

(заполняется в соответствии с действующим Прейскурантом)

**Подписи сторон**

Исполнитель:

Потребитель:  
ФИО

\_\_\_\_\_  
М.П.

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

Исполнитель:  
ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»

Потребитель:  
ФИО

\_\_\_\_\_  
М.П.



ФОРМА

Акт № \_\_\_\_\_  
сдачи-приемки оказанных медицинских услуг  
к договору об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

г. Москва

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Диагностический центр № 3 Департамента здравоохранения города Москвы» (лицензия на осуществление медицинской деятельности от «18» февраля 2020 г. № ЛО41-01137-77/00368124), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице администратора \_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_, с одной стороны, и  
гражданин(ка)

\_\_\_\_\_, именуемый(ая) в дальнейшем «Потребитель», с другой стороны, составили настоящий акт сдачи-приемки медицинских услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных медицинских услуг от «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_ (далее – договор) Исполнитель на основании обращения Потребителя за отчетный период оказал следующие медицинские услуги:

№ п/п	Дата	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма	Исполнитель

2. Услуги, перечисленные в п. 1 настоящего Акта, оказаны в соответствии с требованиями стандартов и требований к медицинским услугам на территории Российской Федерации, а также в соответствии с условиями заключенного договора.

3. Оказанные услуги \_\_\_\_\_ (соответствуют/не соответствуют) условиям договора.

Замечания Потребителя к объему, качеству, срокам оказанных услуг:

4. Претензий по условиям исполнения обязательств по договору стороны не \_\_\_\_\_ (имеют/имеют).

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

От Исполнителя:

От Потребителя:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

Исполнитель:  
ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ»

Потребитель:  
ФИО

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
М.П.