

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ОКАЗАНИЕ
МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ НА ПЛАТНОЙ ОСНОВЕ**

Я, Иванов Иван Иванович, подтверждаю, что до заключения со мной договора о предоставлении платных медицинских услуг в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ», в доступной для меня форме доведено следующее:

1. Разъяснены мои права, предусмотренные ст. 19, 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Российской Федерации от 07.02.92 N 2300-1 «О защите прав потребителей», Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг».
2. В соответствии с требованиями ст. 20, 22 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года, я информирован, что необходимым предварительным условием оказания медицинской помощи является получение добровольного информированного согласия, а также имею право отказаться от получения медицинской помощи, и дал такое согласие.
3. 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.
4. 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.
5. Платные медицинские услуги 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 статьей 21 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 года.
6. 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.
7. Исполнитель уведомляет потребителя (пациента) 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.
8. Внимательно прочитав все вышеуказанное, я подтверждаю, что получил исчерпывающую информацию о лечении и его условиях в доступной для меня форме, и выбираю оказание платных медицинских услуг, о чем свидетельствует моя подпись под этим документом

Паспорт гражданина РФ	4500 000000
	серия, номер
ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ	
	кем выдан
	00.00.0000
	дата выдачи
✓	И.И. Иванов
подпись	расшифровка подписи

Подтверждаю, что я довел(а) до пациента полную информацию о возможности и условиях предоставления бесплатных медицинских услуг в медицинских учреждениях согласно перечню медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Подпись: ✓ _____ / _____ /

(дата)

Приложение 4

к договору об оказании платных услуг по медицинскому заключению об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника
от _____ № _____

Информированное добровольное согласие пациента на виды медицинских вмешательств (при предоставлении платных медицинских услуг)

Я, Иванов Иван Иванович, дата рождения 00.00.0000 г., Паспорт гражданина РФ 4500 номер 000000, выдан ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ 00.00.0000 г., зарегистрирован по адресу: Москва г, _____ ул, д. _____, кв. _____, тел.(городск., моб.): +7(900)000-00-00:

даю информированное добровольное согласие на следующие виды медицинских вмешательств, выполняемые в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» (ОГРН 1027739093293, адрес: 109431, г. Москва, ул. Авиаконструктора Миля, д. 6, к.1) (исполнители по договору ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» (ОГРН 1027739093293, адрес: 109431, г. Москва, ул. Авиаконструктора Миля, д. 6, к.1), ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (ОГРН 1057723005009, адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д. 37/1) и ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» (ОГРН 1027739601449, адрес: 109559, г. Москва, ул. Ставропольская, д. 27)) рамках предоставления мне платных медицинских услуг посредством комплекса мероприятий «Единое окно»:

1 Медицинское освидетельствование об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника

Мне в доступной форме разъяснены цели, методы предоставления платных медицинских услуг в рамках заключенного договора, связанные с предоставлением медицинских услуг риски, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, а также предполагаемые результаты предоставления платных медицинских услуг.

Мне даны полные разъяснения о характере, способах, целях, продолжительности, возможных неблагоприятных эффектах медицинского (их) вмешательства, а также о том, что предстоит делать мне во время их проведения. Я извещен о необходимости соблюдения режима в процессе получения медицинских услуг. Я извещен, что несоблюдение мной рекомендаций и требований медицинского работника могут негативно сказаться на результатах предоставления услуг. Я проинформирован о необходимых обследованиях и лабораторных исследованиях, необходимых для оказания мне медицинских услуг, предусмотренных заключенным договором. Я уполномочиваю медицинских работников выполнить в отношении меня процедуру (ы) или дополнительное (ые) медицинское (ие) вмешательство (а) в соответствии с порядками и требованиями оказания мне медицинской услуги, предусмотренной договором. Мне разъяснено и понятно моё право на отказ от оказания мне медицинских услуг в порядке и на условиях, предусмотренных условиями заключенного с договора и в соответствии с требованиями действующего законодательства Российской Федерации. Платные медицинские услуги, лечение и медицинские вмешательства предоставляются мне исключительно по моему желанию.

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

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

✓

(подпись)

Иванов Иван Иванович

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

(дата)

**Договор об оказании платных услуг по медицинскому заключению об отсутствии
медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника**

№ _____

г. Москва

(дата).

Иванов Иван Иванович, 00.00.0000 г.р., паспорт серия 4500 номер 000000, выдан ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ 00.00.0000 г., зарегистрирован по адресу: Москва г., _____ ул. д. _____, кв. _____), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»), ИНН 7721244510, ОГРН 1027739093293, имеющее лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00343828 от 02.12.2020 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы бессрочно, в лице главного врача Гординой Ольги Андреевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 1», с другой стороны, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), ИНН 7723356386, ОГРН 1057723005009 имеющий лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00383102 от 27.12.2019 г. выданную Департаментом здравоохранения города Москвы бессрочно, в лице Директора Масякина Антона Валерьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 2», с другой стороны, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), ИНН 7723040720, ОГРН 1027739601449, имеющая лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00362990 от 15.12.2020 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы бессрочно, в лице Главного врача Тер-Израеляна Алексея Юрьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 3», а вместе именуемые «Исполнители», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнители обязуются по заданию Потребителя оказывать услуги по проведению медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, а Потребитель обязуется оплачивать оказанные услуги в размере, в порядке и на условиях, предусмотренных настоящим Договором.

1.2. Перечень медицинских услуг, оказываемых Потребителю, каждым из Исполнителей в соответствии с настоящим Договором, определяется в Приложении № 1, которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.

1.3. Медицинское освидетельствование проводится в целях установления наличия (отсутствия) заболеваний, включенных в Перечень заболеваний, при наличии которых противопоказано исполнение обязанностей частного охранника, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 300 (далее - Перечень).

2. Права и Обязанности сторон

2.1. Исполнители обязаны:

2.1.1. Оказать медицинские услуги надлежащего качества с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования, в порядке и в сроки, указанных в п. 3 настоящего Договора;

2.1.2. Получить письменное согласие Потребителя на получение медицинской услуги, а также на обработку его персональных данных в рамках действующего законодательства;

2.1.3. При оказании услуг соблюдать медицинские нормы и правила, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим;

2.1.4. Соблюдать врачебную тайну и режим конфиденциальности в отношении информации, полученной в процессе исполнения настоящего Договора в рамках ФЗ РФ от 21.11.2011г. № 323-ФЗ

«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2.2. Потребитель обязан:

2.2.1. Явиться в ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» по адресу: г. Москва, ул. Авиаконструктора Миля, д. 6, стр. 1, этаж 8, кабинет 827 в заявленное (зарезервированное им время в ЕМИАС) время для получения услуги.

2.2.2. Оплатить медицинские услуги по стоимости, предусмотренной прейскурантом и оговоренной в пункте 4.1 до начала их исполнения;

2.2.3. До начала предоставления медицинских услуг предупредить Исполнителей об имеющихся у него противопоказаниях, сообщить о себе врачам все запрошенные ими сведения медицинского и иного характера;

2.2.4. Предоставить Исполнителям в письменном виде свое добровольное информированное согласие на получение медицинской услуги, а также согласие на обработку своих персональных данных;

2.3. Исполнители имеют право:

2.3.1. Требовать от Потребителя предоставления всей информации, необходимой для качественного и полного оказания ему медицинских услуг.

2.3.2. Требовать от Потребителя своевременной оплаты оказанных ему медицинских услуг;

2.3.3. Отказаться от исполнения Договора, если Потребитель нарушил свои обязанности, изложенные в п. 2.2., при этом денежные средства возвращаются Потребителю только за неисполненную на момент извещения часть работ.

2.4. Потребитель имеет право:

2.4.1. Получать от Исполнителей все сведения медицинского характера о себе, возникающие во время исполнения услуги;

2.4.2. Предъявлять требования к Исполнителям по качеству, количеству и объему оказываемых медицинских услуг.

2.4.3. Отказаться от исполнения договора в любое время, при этом оплаченные Потребителем средства, превышающие стоимость оказанных Исполнителями услуг, подлежат возврату.

3. Порядок оказания услуг. Срок оказания услуг

3.1.1. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.

3.1.2. Предоставление медицинских услуг по настоящему Договору осуществляется при наличии информированного добровольного согласия Потребителя, данного в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан, в случае если такое согласие требуется в соответствии с действующим законодательством.

3.1.3. Началом оказания услуги считается время с момента обращения Потребителя к медицинскому регистратору за медицинской услугой и получением квитанции для оплаты. Сроком окончания считается получение Потребителем на руки медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием, оформленного в соответствии с требованиями Приказом Минздрава России от 26 ноября 2020 г. №1252н «Об утверждении Порядка проведения медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, формы медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника, формы журнала регистрации выданных медицинских заключений об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника».

3.1.4. Услуги должны быть оказаны Потребителю в день произведённой оплаты в течение 90 минут, за исключением случаев, когда Потребитель не может выполнить требования врачей-специалистов и тогда срок выполнения, по согласованию Потребителя и Исполнителя, переносится на другой срок, но в пределах действия договора.

Медицинская комиссия на наличие медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника включает в себя:

осмотр врачом-офтальмологом;

осмотр врачом-психиатром;

осмотр врачом-психиатром-наркологом;
химико-токсикологические исследования;

лабораторные исследования крови и (или) мочи в целях диагностики употребления алкоголя (при выявлении врачом-психиатром-наркологом симптомов и синдромов заболевания, препятствующего исполнению обязанностей частного охранника).

По окончании предварительного химико-токсикологического исследования (далее – ХТИ) в случае наличия в образце биологического объекта (моче) наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и вне зависимости от их концентрации проводится подтверждающее ХТИ. Подтверждающие ХТИ не оплачиваются дополнительно.

При обнаружении психоактивных веществ в биологическом объекте (моче) в результате проведенных подтверждающих ХТИ и (или) положительных результатах лабораторного исследования мочи для определения хронического употребления алкоголя осуществляется направление гражданина на дообследование в наркологический диспансер (филиал) ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» по месту жительства с целью решения вопроса о наличии или отсутствии наркологического расстройства (заболевания).

В случае выявления в ходе психиатрического освидетельствования (включая патопсихологические (психодиагностические) исследования) признаков психических расстройств гражданин направляется на психиатрическое освидетельствование врачебной комиссией в филиал ГБУЗ «ПКБ № 1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 2» по адресу: г. Москва, Смоленская пл., 13/21.

3.2. Потребитель подтверждает, что на момент подписания настоящего Договора Исполнитель:

- ознакомил Потребителя с Правилами предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 11.05.2023 № 736;
- ознакомил его с действующим в медицинской организации Прейскурантом цен (тарифов) на медицинские услуги, утвержденным в установленном порядке;
- уведомил Потребителя, что данный вид медицинской услуги не входит в программу ОМС и не финансируется из средств ОМС.

3.3. Подписав настоящий Договор, Потребитель подтверждает, что он добровольно согласился на оказание ему медицинских услуг на платной основе.

3.4. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в течение 1 рабочего дня с момента его заключения.

4. Стоимость услуг и порядок расчетов

4.1. Стоимость услуг Исполнителей определяется сторонами в Приложении №1 к настоящему договору. Стоимость платных медицинских услуг, оказываемых Заказчику по настоящему Договору, определяется в соответствии с действующим Прейскурантом цен (тарифов) платных услуг, утвержденных исполнителями, и общая стоимость оказанных услуг составляет 4 196,47 Р (Четыре тысячи сто девяносто шесть рублей 47 копеек).

4.2. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных услуг, действующему на момент заключения настоящего Договора, и остается неизменной в течение всего срока действия настоящего Договора.

4.3. Потребитель оплачивает услуги в порядке 100-процентной предоплаты, в безналичном порядке, путём оплаты через платёжный терминал Исполнителя 1.

4.4. В случае заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора на предоставление дополнительных услуг, их стоимость определяется по Прейскуранту цен (тарифов) платных услуг, действующему на момент заключения дополнительного соглашения или отдельного Договора.

4.5. В случае отказа Потребитель после заключения Договора от получения комплексной услуги, Договор расторгается. При этом Потребитель оплачивает Исполнителям полную стоимость проведенной процедуры (исследования), как за отдельно оказанную услугу (вне комплекса) по действующему прейскуранту.

4.6. В случае не оказания, оказания услуг ненадлежащего качества и при иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Потребителю денежные средства в течение 10

(десяти) дней с момента предъявления требования Потребителем.

5. Порядок изменения и расторжения настоящего договора.

5.1. Стороны вправе досрочно расторгнуть настоящий договор по взаимному соглашению.

5.2. Потребитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору и расторгнуть его в одностороннем порядке при условии оплаты Исполнителю фактически понесенных им расходов.

5.3. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по настоящему договору лишь при условии полного возмещения Заказчику убытков.

5.4. Все изменения и дополнения настоящего Договора действительны в случае оформления их в письменном виде и подписания обеими сторонами.

6. Ответственность сторон

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

6.2. Исполнители несут ответственность перед Потребителем, каждый в рамках оказанных услуг, в соответствии с действующим законодательством.

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

6.4. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.

6.5. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 2 (двух) дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

6.6. Исполнитель освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение настоящего Договора на оказание платных медицинских услуг, если докажет, что причиной такого неисполнения (ненадлежащего исполнения) стало нарушение Потребителем условий настоящего Договора.

6.7. Исполнитель несет ответственность перед Потребителем за неисполнение или ненадлежащее исполнение условий настоящего Договора, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Потребителя.

6.8. Исполнитель и его работники, оказывающие услуги по настоящему Договору, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за нарушение прав в сфере охраны здоровья, причинение вреда жизни и (или) здоровью при оказании Потребителю медицинской помощи.

7.Срок действия договора, заключительные положения

7.1. Настоящий договор вступает в силу с момента его подписания обеими сторонами и действует по 31 декабря 202___ г.

7.2. Все споры и разногласия, возникающие между сторонами по вопросам исполнения обязательств по настоящему договору, будут разрешаться путем переговоров на основе действующего законодательства и обычаев делового оборота.

7.3. В случае не урегулирования в процессе переговоров спорных вопросов, споры разрешаются в суде в порядке, установленном действующим законодательством.

7.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством.

7.5. Настоящий Договор составлен и подписан в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, и хранится по одному у каждой из сторон.

8. Подписи, адреса и реквизиты сторон

Исполнитель №1:

ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»
Адрес: 109431, г. Москва, ул.
Авиаконструктора Миля, д. 6, к.1
ИНН 7721244510, КПП 772301001,
ОГРН 1027739093293
Получатель платежа:
Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ
«ГП № 23 ДЗМ»), л/с - 2605442000900239)
р/с - 03224643450000007300
к/с - 40102810545370000003
ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве
г. Москва
БИК 004525988
ОКВЭД 86.21
Тел. 8(499)796-65-27

Администратор ОПМУ (по доверенности)

_____ / _____ /

Исполнитель №2:

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»
Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская, д.
37/1
ИНН 7723356386, КПП 772301001
ОГРН 1057723005009
Получатель платежа:
Департамент финансов города Москвы
(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), л/с -
2605441000450925)
р/с - 03224643450000007300
к/с - 40102810545370000003
ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве
г. Москва
БИК 004525988
ОКВЭД 85.11.1, ОКТМО 45395000
КБК 0000000000000000130
Тел./факс 8 (499) 178-35-05

Администратор ОПМУ (по доверенности)

_____ / _____ /

Исполнитель №3:

ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»
Адрес: г. Москва, ул. Ставропольская, д.27
ИНН 7723040720, КПП 772301001
ОГРН 1027739601449
Получатель платежа:
Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ
«ПКБ №13 ДЗМ»)
р/с 03224643450000007300
к/с 40102810545370000003
ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г.
Москва
БИК 004525988, ОКВЭД 86.10
ОКПО 01933811, ОКТМО 45389000
КБК 05400000000131131022
Тел. 8(495) 350-35-80
e-mail: pb13@zdrav.mos.ru

Администратор ОПМУ (по доверенности)

_____ / _____ /

Потребитель:

ФИО: Ивано Иван Иванович
Иванов Иван Иванович, 00.00.0000 г.р.,
паспорт серия 4500 номер 000000, выдан ГУ
МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ 00.00.0000 г.,
зарегистрирован по адресу: Москва г.
_____ ул. д. _____, кв. _____
Тел. 8(900)000-00-00
✓ _____ / Иванов И.И. /

СОСТАВ

медицинских услуг, оказываемых Потребителю в рамках настоящего договора

г. Москва

(дата)

Код услуги	Наименование услуги	Стоимость, руб.
КЧОУ	Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника (форма 002-ЧО/у)	5 504,75 Р

В т.ч.:

Код услуги (Приказ Минздрава России от «13» октября 2017 г. № 804н)	Наименование услуги	Стоимость, руб.
Услуги, оказываемые ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» включая:		
V01.070.001	Медицинское (наркологическое) освидетельствование врачом-психиатром-наркологом, химико-токсикологическое исследование биологического объекта (мочи) на наличие психоактивных веществ, лабораторные исследования мочи для определения хронического употребления алкоголя в целях диагностики психических расстройств и расстройств поведения, связанных с употреблением алкоголя	2 50,00
V04.036.002	Медицинское (наркологическое) освидетельствование врачом-психиатром-наркологом)	
Услуги, оказываемые ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ», включая:		
V04.035.002	Психиатрическое освидетельствование врачом-психиатром на наличие противопоказаний к владению оружием	1 146,08
Услуги, оказываемые ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» (оформление медицинского заключения по форме № 002-ЧО/у «Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника»)		
V04.047.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта	1 858,67
V04.029.002	Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога	

Подписи сторон:

Исполнитель:

ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» (по доверенности)

_____ / _____ /

М.П.

Исполнитель:

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (по доверенности)

_____ / _____ /

Исполнитель:

ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» (по доверенности)

_____ / _____ /

Потребитель:

Иванов Иван Иванович

✓ _____ / Иванов И.И. /

Акт

сдачи-приемки услуг к договору об оказании платных услуг по медицинскому заключению об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника от ____ № ____

г. Москва

(дата).

Иванов Иван Иванович (Паспорт гражданина РФ Паспорт гражданина РФ 4500 000000, Выдан: ГУ МВД РОССИИ ПО Г. МОСКВЕ 00.00.0000 г., зарегистрирован(а) по адресу: г. Москва, ул. _____, д. _____, кв. _____, тел. +7(900)000-00-00), именуемый в дальнейшем «Потребитель», с одной стороны, и

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Городская поликлиника № 23 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ»), ИНН 7721244510, ОГРН 1027739093293, имеющее лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00343828 от 02.12.2020 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, в лице главного врача Гординой Ольги Андреевны, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 1», с другой стороны,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»), ИНН 7723356386, ОГРН 1057723005009 имеющий лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00383102 от 27.12.2019 г. выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, в лице Директора Масыкина Антона Валерьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 2», с другой стороны,

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 13 Департамента здравоохранения города Москвы» (сокращенно ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ»), ИНН 7723040720, ОГРН 1027739601449, имеющая лицензию на медицинскую деятельность регистрационный номер № Л041-01137-77/00362990 от 15.12.2020 г., выданную Департаментом здравоохранения города Москвы, в лице Главного врача Тер-Израеляна Алексея Юрьевича, действующего на основании Устава, именуемое в дальнейшем «Исполнитель 3», а вместе именуемые «Исполнители», с другой стороны, именуемые в дальнейшем «Стороны», составили настоящий акт сдачи-приемки услуг о нижеследующем:

1. В соответствии с договором об оказании платных услуг по медицинскому освидетельствованию граждан на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием от 17 августа 2023 г. № 32916-17-08-23 (далее – договор) Исполнителями, на основании обращения Потребителя, предоставлены следующие медицинские услуги:

№ п/п	Дата	Наименование услуги	Цена	Кол-во	Сумма
1		Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к исполнению обязанностей частного охранника (форма 002-ЧО/у)	5 504,75 Р	1	5 504,75 Р

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

3. Услуги, предоставленные в рамках договора, соответствуют/не соответствуют условиям договора.

Замечания Потребителя к объему, качеству, срокам предоставления 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.

6. Подписи Сторон:

От Потребителя:

Иванов Иван Иванович

✓ _____ / Иванов И.И. /

Исполнитель:

ГБУЗ «ГП № 23 ДЗМ» (по доверенности)

_____ / _____ /

М.П.

Исполнитель:

ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (по доверенности)

_____ / _____ /

Исполнитель:

ГБУЗ «ПКБ № 13 ДЗМ» (по доверенности)

_____ / _____ /