

До заключения договора ООО «Газпром трансгаз Москва» (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, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме (информация расположена на сайте Исполнителя и информационном стенде в регистратуре Исполнителя) с информацией о платных медицинских услугах. С уведомлением ознакомлен.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.  
(подпись) (расшифровка подписи)

## Договор № \_\_\_\_\_ оказания платных медицинских услуг

г. Москва \_\_\_\_\_ г.

**Общество с ограниченной ответственностью «Газпром трансгаз Москва»** (ООО «Газпром трансгаз Москва»), именуемое в дальнейшем «**Исполнитель**», в лице начальника филиала ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» Бородин Игорь Анатольевича, действующего на основании доверенности от 14.12.2023 № 1055, лицензии на осуществление медицинской деятельности от 06.10.2020 № Л041-01137-77/00368411, с одной стороны и ФИО \_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «**Заказчик**», с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### 1. Понятия, используемые в настоящем Договоре

Для целей настоящего Договора используются следующие основные понятия:

**Платные медицинские услуги** - медицинские услуги, предоставляемые на возмездной основе за счет личных средств граждан, средств работодателей и иных средств на основании договоров, в том числе договоров добровольного медицинского страхования;

**Заказчик** - физическое или юридическое лицо, имеющее намерение заказать или приобрести платные медицинские услуги либо заказывающее или приобретающее платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**Потребитель** - физическое лицо, имеющее намерение получить платные медицинские услуги либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**Исполнитель** - медицинская организация независимо от организационно-правовой формы, а также индивидуальный предприниматель, оказывающие платные медицинские услуги в соответствии с договором.

### 2. Сведения о сторонах договора

#### 2.1. Сведения об Исполнителе:

2.1.1. Наименование и фирменное наименование (при наличии): Общество с ограниченной ответственностью «Газпром трансгаз Москва»; филиал ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации».

Адрес места нахождения: Российская Федерация, г. Москва.

Почтовый адрес для связи: ул. Наметкина, д.16, г. Москва, Российская Федерация, 117420.

Адрес места оказания медицинских услуг: 108803, г. Москва, поселение Воскресенское.

ОГРН 1025000653920, ИНН 5003028028. Адрес сайта: cdr.med.ru

2.1.2. Лицензия на осуществление медицинской деятельности № Л041-01137-77/00368411 от 06.10.2020, срок действия – бессрочная, выданная Департаментом здравоохранения города

Москвы, расположенный по адресу: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, телефон: +7(495) 777-77-77, адрес электронной почты: zdrav@mos.ru.

#### 2.2. Сведения о Потребителе:

2.2.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) \_\_\_\_\_.

2.2.2. Адрес места жительства, иные адреса, на которые (при их указании в договоре) Исполнитель может направлять ответы на письменные обращения: \_\_\_\_\_.

2.2.3. Телефон: +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

2.2.4. Данные документа, удостоверяющего личность: паспорт гражданина РФ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_.

#### 2.3. Сведения о Заказчике:

2.3.1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) \_\_\_\_\_.

2.3.2. Адрес места жительства: \_\_\_\_\_.

2.3.3. Телефон: +7 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_.

2.3.4. Данные документа, удостоверяющего личность: паспорт гражданина РФ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_.

2.3.5. Данные документа, удостоверяющего личность законного представителя потребителя: \_\_\_\_\_.

### 3. Предмет договора

3.1. Исполнитель обязуется оказать Потребителю медицинские услуги на условиях, определенных настоящим Договором, а Потребитель (Заказчик) обязуется оплатить указанные услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

3.2. Перечень и стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, оговариваются действующим Прейскурантом, и указывается в Реестре медицинских услуг (Приложение № 3), являющемся неотъемлемой частью настоящего договора.

3.3. Медицинские услуги оказываются специалистами Исполнителя в объеме, определенном Планом лечения (Приложение № 1), который является неотъемлемой частью настоящего договора.

3.4. Потребитель (Заказчик) подтверждает, что согласен на осуществление отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи.

### 4. Условия оказания услуг

4.1. Все услуги оказываются Исполнителем при неукоснительном соблюдении лицензионных требований и условий, требований Закона РФ «О защите прав потребителей», Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, Федерального закона РФ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.2. Заказчик (Потребитель) подтверждает, что до подписания настоящего договора, ознакомлен в доступной форме (информация расположена на сайте Исполнителя и информационном стенде в регистратуре Исполнителя) с информацией о платных медицинских услугах, содержащей следующие сведения:

- Перечнем платных медицинских услуг, соответствующих номенклатуре медицинских услуг, с указанием цен в рублях (Прейскурантом);

- сроками ожидания оказания медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно в соответствии с программой и территориальной программой, в случае участия Исполнителя в реализации территориальной программы;

- стандартами медицинской помощи и клиническими рекомендациями (при их наличии), с учетом и на основании которых (соответственно) оказываются медицинские услуги;

- сроками ожидания предоставления платных медицинских услуг;

- сведениями о медицинских работниках, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг, об уровне их профессионального образования и квалификации;

- графике работы медицинских работников, участвующих в предоставлении платных медицинских услуг;

- образцами договоров;
- перечнем категорий потребителей, имеющих право на получение льгот, а также перечень льгот, предоставляемых при оказании платных медицинских услуг, в случае их установления учредителем медицинской организации государственной системы здравоохранения или муниципальной системы здравоохранения и (или) руководителем медицинской организации частной системы здравоохранения;
- порядком оказания платных медицинских услуг;
- информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
- информация о местонахождении, режим работы Исполнителя.

4.3. Основанием для предоставления услуг является добровольное желание Потребителя получить услуги за плату, наличие медицинских показаний и технической возможности для оказания услуг.

4.4. Если в процессе оказания услуг потребуются предоставление дополнительных услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни Потребителя, то они оказываются без взимания платы в соответствии с ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ».

4.5. Услуги Потребителю оказываются в дни и часы работы, которые устанавливаются администрацией Исполнителя и доводятся до сведения Потребителя устно, а также находятся в доступной форме на информационном стендах (стойках) и на сайте Исполнителя.

4.6. Услуги не оказываются Потребителю в следующих случаях:

4.6.1. Явки на прием в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения;

4.6.2. Несоблюдения Потребителем рекомендаций и назначений лечащего врача;

4.6.3. Сообщения Потребителем недостоверной информации о ранее перенесенных заболеваниях, травмах, аллергических реакциях или отказе от её сообщения;

4.6.4. Несоблюдения Потребителем режима и распорядка дня в Стационаре.

4.7. Потребитель предоставляет Исполнителю всю медицинскую документацию, информацию и иные сведения, касающиеся предмета обращения за медицинской помощью.

4.8. Исполнитель обеспечивает режим конфиденциальности и врачебной тайны в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.9. Потребитель незамедлительно ставит в известность врачей Исполнителя о любых изменениях самочувствия и состояния своего здоровья, а также других обстоятельствах, которые могут повлиять на результаты оказываемых медицинских услуг.

4.10. Исполнителем после исполнения договора выдаются Потребителю (законному представителю потребителя, Заказчику) медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

4.11. Платные медицинские услуги предоставляются только при наличии информированного добровольного согласия потребителя (законного представителя потребителя).

4.12. Потребитель дает Исполнителю согласие на обработку необходимых персональных данных Потребителя в объеме и способами, указанными в Федеральном законе от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», для целей исполнения Исполнителем обязательств по настоящему договору.

## **5. Стоимость услуг, порядок и сроки оплаты**

5.1. Стоимость медицинских услуг определяется действующим Прейскурантом в соответствии с фактическим объемом оказанных медицинских услуг.

5.2. Заказчик на основании Счета вносит в кассу Исполнителя предоплату в размере \_\_\_\_\_ рублей до оказания медицинской помощи. Оплата производится в соответствии с действующим Прейскурантом Исполнителя, путем внесения наличных денежных средств в кассу Исполнителя или безналичной оплаты с использованием

электронного программно-технического устройства для совершения операций с использованием банковских карт.

5.3. Окончательный расчёт за оказанные медицинские услуги в соответствии с Планом лечения Заказчик производит в кассу Исполнителя в день выписки из Стационара на основании Акта выполненных работ (Приложение № 2) и Реестра оказанных медицинских услуг (Приложение № 3) с учетом внесенной ранее предоплаты.

5.4. По требованию Заказчика (Потребителя) на предоставление платных медицинских услуг может быть составлена Смета, которая, в случае ее составления, становится неотъемлемой частью Договора.

## **6. Права и обязанности Сторон**

6.1. Исполнитель обязуется:

6.1.1. Обеспечивать своевременное и качественное оказание медицинской помощи в соответствии с требованиями, предъявляемыми к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории РФ и в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

6.1.2. Вести медицинскую документацию и выдавать Потребителю медицинские документы установленного образца;

6.1.3. Обеспечить Потребителя в установленном порядке информацией, включающей в себя сведения о месте оказания услуг, режиме работы, перечне платных медицинских услуг с указанием их стоимости, об условиях предоставления и получения этих услуг, а также сведения о квалификации и сертификации специалистов.

6.1.4. Обеспечить Потребителю непосредственное ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и выдать Заказчику (Потребителю, законному представителю Потребителя) по требованию медицинские документы (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающие состояние его здоровья после получения платных медицинских услуг.

6.2. Исполнитель имеет право:

6.2.1. Отказаться от исполнения настоящего Договора при невыполнении назначений лечащего врача и медицинского персонала;

6.2.2. Отказаться от исполнения Договора в случае, если Пациент нарушит положения п. 4.6 настоящего Договора.

6.3. Потребитель (Заказчик) обязуется:

6.3.1. Своевременно оплачивать медицинские услуги Исполнителя на условиях, указанных в настоящем Договоре;

6.3.2. Информировать врача до оказания медицинской помощи о перенесенных или имеющихся заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях;

6.3.3. Точно выполнять назначения врача во время и после лечения.

6.4. Потребитель (Заказчик) вправе:

6.4.1. Получать информацию о поставленном диагнозе, необходимых методах диагностики и лечения, возможных осложнениях;

6.4.2. Отказаться от получения медицинской помощи, возместив Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору;

6.4.3. Предъявить Исполнителю требования о возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением условий Договора, возмещении ущерба в случае причинения вреда здоровью и жизни, а также компенсации за причинение морального вреда.

6.4.4. При несоблюдении Исполнителем обязательств по срокам оказания услуг Потребитель вправе по своему выбору:

- назначить новый срок оказания услуги;

- потребовать оказания услуги другим специалистом;

- расторгнуть Договор и потребовать возмещения убытков.

## 7. Ответственность Сторон

7.1. В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством РФ.

7.2. При невозможности исполнения договорных обязательств, возникших по вине Потребителя (Заказчика), он должен оплатить Исполнителю фактически понесенные им расходы, связанные с исполнением обязательств по данному договору.

7.3. В случае если невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из Сторон ответственности не несет, Потребитель (Заказчик) возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы, а Исполнитель возвращает Потребителю (Заказчику) остаток неиспользованных средств, внесенных в качестве предоплаты.

7.4. При разглашении одной из Сторон сведений, относящихся к категории конфиденциальной информации, виновная Сторона несет ответственность и обязана возместить другой Стороне понесенные ей в связи с этим убытки.

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

## 8. Порядок разрешения споров

8.1. Стороны будут стремиться разрешать возникшие споры и разногласия путем переговоров.

8.2. Претензии, возникающие при исполнении настоящего Договора, должны быть предъявлены в письменной форме.

8.3. Сторона, получившая претензию, обязана рассмотреть ее и предоставить ответ в письменной форме не позднее 10 (десяти) рабочих дней со дня получения данной претензии.

8.4. При невозможности урегулировать споры и разногласия путем переговоров они подлежат разрешению в соответствии с действующим законодательством РФ.

8.5. Во всем, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

8.6. Заказчик (Потребитель) может направить обращение (жалобу) в письменном виде на бумажном носителе по почте, при личном обращении.

Филиал ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» (Исполнитель, Медицинская организация):

Адрес: 108803, г. Москва, поселение Воскресенское; Телефон: (495) 659-46-21.

Адрес электронной почты: info.cdr@gtm.gazprom.ru.

Департамент здравоохранения города Москвы:

Адрес Департамента здравоохранения города Москвы: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, стр.1.

Адрес для письменных обращений граждан: 127006, г. Москва, Оружейный пер., д. 43, стр.1.

Телефон: 8 (495) 777-77-77; Адрес электронной почты: [zdrav@mos.ru](mailto:zdrav@mos.ru).

Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве (Управление Роспотребнадзора по г. Москве):

Адрес: 129626, г. Москва, Графский переулок, д. 4, корп. 2, 3, 4.

Телефон (495) 687 - 40 - 35; Факс: (495) 616 - 65 - 69.

Горячая линия Управления Роспотребнадзора по г. Москве (круглосуточно): 8(495)539-36-96.

Территориальный орган Росздравнадзора по г. Москве и Московской области:

Адрес: 109316, г. Москва, Волгоградский проспект, д. 27. Горячая линия: +7 (916) 256-76-76.

Телефон для записи на прием: +7 (916) 256-76-76; Место приема по адресу: г. Москва, Волгоградский проспект, д. 27.

## 9. Срок действия договора

9.1. Настоящий договор считается заключенным с момента его подписания обеими Сторонами и действует до полного исполнения Сторонами принятых по нему обязательств.

## 10. Порядок изменения и расторжения договора

10.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен по соглашению Сторон.

10.2. Изменение или расторжение Договора производится в порядке, установленном действующим законодательством РФ.

10.3. Все изменения и дополнения к настоящему Договору считаются действительными, если они совершены в письменном виде и подписаны надлежащим образом уполномоченными лицами Сторон.

## 11. Заключительные положения

11.1. Настоящий Договор составляется в 3 (трех) экземплярах, один из которых находится у Исполнителя, второй - у Заказчика, третий - у Потребителя. В случае если договор заключается Потребителем и Исполнителем, он составляется в 2 (двух) экземплярах.

## 12. Подписи Сторон

### Исполнитель:

ООО «Газпром трансгаз Москва»

Место нахождения: Российская Федерация,  
г. Москва;

Почтовый адрес для связи: ул. Наметкина, д.16,  
г. Москва, Российская Федерация, 117420.

Адрес, указанный в ЕГРЮЛ: 117420,

г. Москва, ул. Наметкина, д. 16.

ИНН 5003028028, КПП 997250001,

ОГРН 1025000653920

р/с: 4070281000009000031

в Банк ГПБ (АО) г. Москва

К/с: 3010181020000000823

БИК: 044 525 823

ОКВЭД 86.10; ОКПО 34 884 223.

Адрес филиала ООО «Газпром трансгаз Москва»

«Центр диагностики и реабилитации» (ЦДиР):

108803, г. Москва, поселение Воскресенское;

КПП филиала 775102003,

Телефон: (495) 659-46-21

E-mail: info.cdr@gtm.gazprom.ru

Начальник филиала

ООО «Газпром трансгаз Москва»

«Центр диагностики и реабилитации»

\_\_\_\_\_ И.А. Бородин

М.П.

### Заказчик (Потребитель):

ФИО:

Данные документа удостоверяющего  
личность: Паспорт гражданина РФ

Адрес места жительства:

Тел.

Подпись: \_\_\_\_\_ ФИО

ОБРАЗЕЦ ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ

**АКТ**  
сдачи-приемки оказанных услуг  
по Договору № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

ООО «Газпром трансгаз Москва» (Лицензия № \_\_\_\_\_ Серия \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ года «\_\_» \_\_\_\_\_) в лице \_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», составили настоящий акт о том, что: «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем «Заказчик», составили настоящий акт о том, что:

1. С \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ в соответствии с договором оказания платных медицинских услуг от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ Исполнителем оказаны медицинские услуги согласно прилагаемого реестра медицинских услуг.
  2. Стоимость оказанных услуг по договору от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ составляет \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек). НДС не облагается.
  3. Настоящий Акт является основанием для расчета сторон в соответствии с договором от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_.
  4. Предоплата по договору от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ составила \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек).
  5. В соответствии с п. 4.3. договора от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ оплата услуг в сумме \_\_\_\_\_ руб. (\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_ копеек), НДС не облагается, должна быть произведена Заказчиком в день выписки из стационара.
  6. Со стороны Заказчика \_\_\_\_\_ к филиалу ООО «Газпром трансгаз Москва» «Центр диагностики и реабилитации» претензий \_\_\_\_\_.
  7. Настоящий акт составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.
- Реестр оказанных медицинских услуг прилагается.

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_   
подпись

ЗАКАЗЧИК

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Начальник филиала  
ООО «Газпром трансгаз Москва»  
«Центр диагностики и реабилитации»

\_\_\_\_\_   
подпись

\_\_\_\_\_ И.А. Бородин  
М.П.

**Реестр медицинских услуг (Стационарных), оказанных филиалом ООО "Газпром трансгаз Москва" ЦДиР**

ФИО	№ М/К	№ полиса	Дата рождения	Дата обращения	Код специальности	Код отделения	Код услуги	Наименование услуги	Количество услуг	Цена услуги	Стоимость услуги	Диагнозы основной и сопутствующий
-----	-------	----------	---------------	----------------	-------------------	---------------	------------	---------------------	------------------	-------------	------------------	-----------------------------------

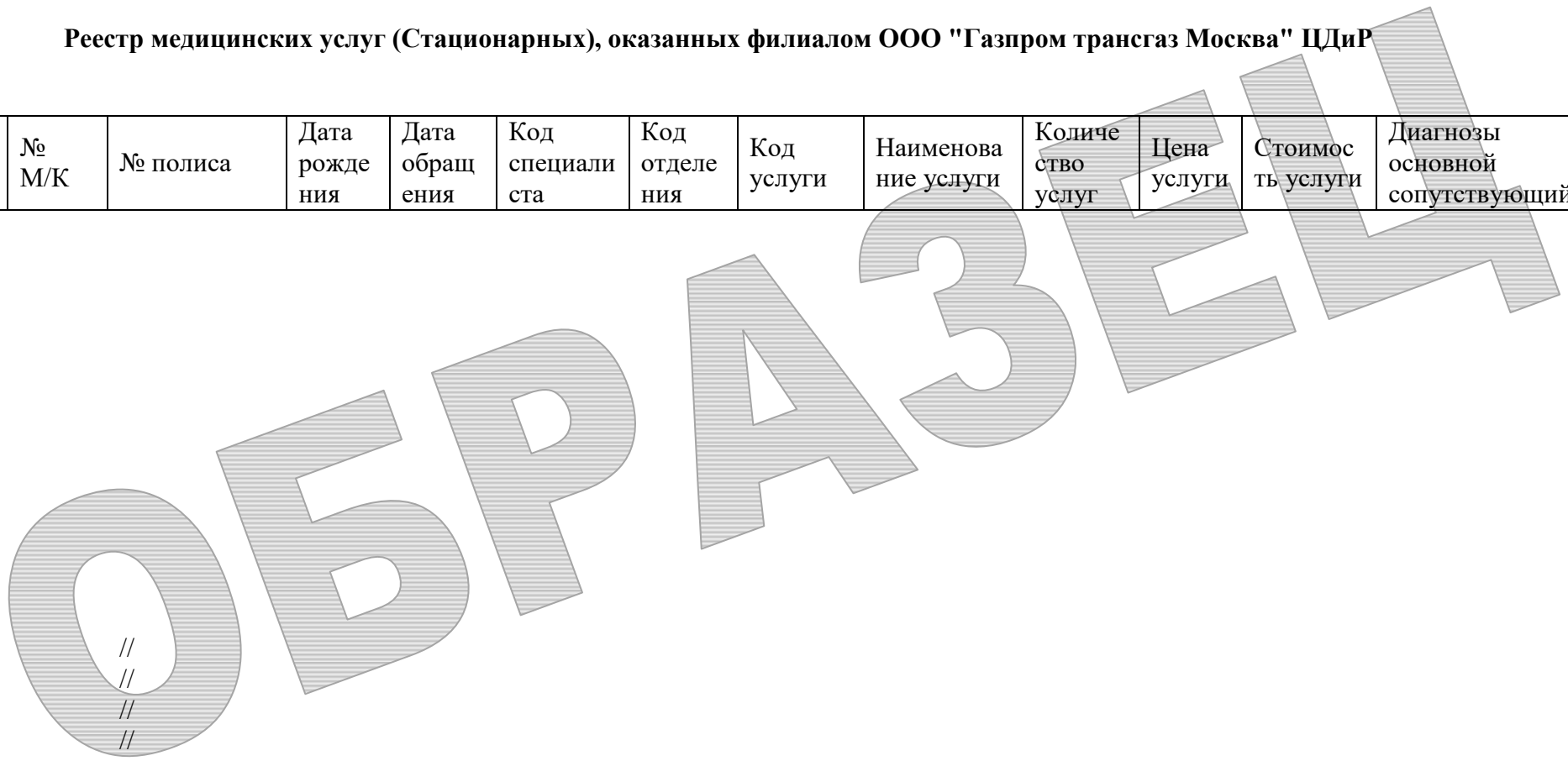
**Итого по пациенту:**

**Всего пациентов**

**Сумма**

**Начальник филиала**

**Заведующие отделений**



**ЗАКАЗЧИК**

**ИСПОЛНИТЕЛЬ**

Начальник филиала  
 ООО «Газпром трансгаз Москва»  
 «Центр диагностики и реабилитации»  
 И.А. Бородин

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

подпись

М.П.

Счет № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г  
на оказание платных услуг в условиях стационара

г. Москва

\_\_\_\_\_ г.

**ФИО**  
**Дата рождения**

№ п/п	Код услуги	Код услуги по Приказу 804 н	Услуга	Количество/ койко-дней	Цена	Сумма	Врач	Подпись	
1									
2									
<b>Итого</b>									

**Исполнитель:**

ООО «Газпром трансгаз Москва»  
Место нахождения: Российская Федерация, г. Москва;  
Почтовый адрес для связи: ул. Наметкина, д.16, г.  
Москва, Российская Федерация, 117420.  
Адрес, указанный в ЕГРЮЛ: 117420, г. Москва, ул.  
Наметкина, д. 16.  
ИНН 5003028028, КПП 997250001,  
ОГРН 1025000653920  
р/с: 40702810000009000031  
в Банк ГПБ (АО) г. Москва  
К/с: 30101810200000000823  
БИК: 044 525 823  
ОКВЭД 86.10; ОКПО 34 884 223.  
Адрес филиала ООО «Газпром трансгаз Москва»  
«Центр диагностики и реабилитации» (ЦДиР): 108803,  
г. Москва, поселение Воскресенское;  
КПП филиала 775102003,  
Телефон: (495) 659-46-21  
E-mail: info.cdr@gtm.gazprom.ru

**Заказчик (Потребитель):**

ФИО:  
Данные документа, удостоверяющего личность: Паспорт гражданина РФ  
Адрес места жительства:  
Тел.  
Подпись: \_\_\_\_\_ ФИО

Инспектор Информационно-аналитического отделения  
филиала ООО «Газпром трансгаз Москва»  
«Центр диагностики и реабилитации»

\_\_\_\_\_ ФИО

М.П.