Приложение № 4а
к приказу от 14.10.2025 № 231

_____
наименование структурного подразделения (ЦОСМП/ООСМП) или филиала
ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии»
_____
адрес структурного подразделения (ЦОСМП/ООСМП) или филиала, телефон

Договор возмездного оказания медицинских услуг физическому лицу, заключаемый с законным представителем несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица № _____

г. Москва **«___» _____ 20__ г.**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от «____» _____ 20_____ г. № _____, с одной стороны, и _____, проживающий(ая) по адресу: _____ тел.:_____,
(Ф.И.О., адрес места жительства и телефон законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:
_____
(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)

«___» _____ года рождения, именуемого в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. В течение срока действия договора Исполнитель, при каждом обращении Пациента и его Законного представителя, оказывает Пациенту на возмездной основе медицинские услуги (далее – Услуги), а Законный представитель оплачивает каждую оказываемую Исполнителем Услугу.
1.2. Наименование, срок (дата) и стоимость каждой Услуги по договору, включая первичную консультацию врача (при необходимости), указывается в перечне платных медицинских услуг, форма которого указана в Приложении № 1 к настоящему договору (в дальнейшем – Перечень).
1.3. Исполнитель оказывает Пациенту Услуги на основании лицензии на осуществление медицинской деятельности от г. № , выданной Департаментом здравоохранения города Москвы (адрес лицензирующего органа: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00).
1.4. Услуги оказываются по адресу: _____
(место оказания Услуг).
Конкретный перечень видов разрешенной медицинской деятельности зависит от места оказания Услуг и определяется в соответствующем приложении к лицензии, указанной в п 1.3. договора.
1.5. При заключении договора Законному представителю в доступной форме была представлена 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.

2. Обязательства и права Сторон

2.1. Исполнитель обязуется оказывать Услуги в соответствии с требованиями законодательства РФ и города Москвы, а также Положением о порядке и условиях предоставления платных услуг Исполнителем (в дальнейшем – Положение) и иными локальными документами Исполнителя. Исполнитель оказывает Услуги в соответствии с Перечнем платных медицинских услуг (Приложение № 1 к Положению), далее – Перечень Услуг.
2.2. При отсутствии у Законного представителя по факту оказания Услуги претензий к Исполнителю по качеству, стоимости и срокам оказания Услуги, Услуга считается полученной Пациентом в полном объеме и оказанной Исполнителем в соответствии с условиями Договора.
2.3. Наименование и стоимость медицинских услуг определяется прейскурантом платных услуг (далее – Прейскурант), действующим у Исполнителя на момент оказания Услуг, доступном на сайте Исполнителя по адресу: www.mosderm.ru, включая применения скидок и акций при их наличии.

2.4. Исполнитель, по месту оказания Услуг, обеспечивает Законному представителю возможность ознакомления с указанными в разделе 1 договора лицензией и приложением к ней, Положением, Перечнем услуг, Прейскурантом, режимом работы Исполнителя.
2.5. Исполнитель вправе отказать Пациенту в оказании Услуг при нарушении Законным представителем требований настоящего договора и в иных установленных в законодательстве РФ случаях.
2.6. Исполнитель вправе в одностороннем порядке изменять локальные документы, регламентирующие условия оказания Услуг Исполнителем, в том числе Положение, Перечень Услуг, Прейскурант, Приложения к Положению, своевременно размещая обновленную информацию по месту оказания Услуг.
2.7. Законный представитель обязан:
2.7.1. ознакомиться с указанными в настоящем договоре документами и исполнять их условия, а также требования настоящего договора и действующего законодательства РФ и г. Москвы. Пациент несет любые риски, связанные с нарушением им настоящего пункта.
2.7.2. подписывать добровольные информированные при каждом обращении к Исполнителю и оплачивать полную стоимость каждой Услуги до момента её оказания в соответствии с Перечнем (приложение 1) (через кассу Исполнителя или по безналичному расчету). Оплата Услуги с проставлением отметки об оплате Услуг (Услуги) на Перечне является акцептом Законного представителя соответствующего Перечня услуг (акцептом условий оказания Услуг).
2.8. Законный представитель вправе отказаться от получения Услуг либо до момента начала их оказания и получить обратно уплаченную сумму за вычетом стоимости возмещения Исполнителю затрат, связанных с подготовкой оказания Услуг, либо на любом этапе получения Услуг и получить обратно часть уплаченной суммы за вычетом стоимости возмещения Исполнителю затрат за уже оказанные Услуги. Возврат денежных средств осуществляется Исполнителем по отдельному письменному заявлению в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения соответствующего заявления от Законного представителя. Денежные средства возвращаются Законному представителю в той же форме (наличной через кассу или безналичной на счет Законного представителя), в какой они были получены от него Исполнителем.
2.9. Иные права и обязательства, вытекающие из предмета настоящего договора, а также ответственность Сторон, определяются в соответствии с действующем законодательством РФ и г. Москвы. При этом Исполнитель несет ответственность перед Пациентом и его Законным представителем только в размере документально подтвержденного реального ущерба и при доказательстве Законным представителем факта ненадлежащего оказания услуг Исполнителем.
2.10. По требованию **Законного представителя** в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты получения соответствующего запроса и в соответствии с частью 3 пункта 1 статьи 219 Налогового кодекса РФ предоставить ему документы, дающие право на получение налогового вычета по НДФЛ.
2.11. При заключении договоров возмездного оказания медицинских услуг с физическими лицами (законными представителями) выдавать копии медицинских документов, выписки из медицинских документов, отражающих 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, без взимания дополнительной платы, «Акт сдачи-приемки» оказанных платных медицинских услуг по договору возмездного оказания медицинских услуг физическому лицу (законному представителю) только по запросу Законного представителя (приложение № 2 к договору).
2.12. Исполнитель освобождается от ответственности в установленных законодательством случаях, а также если докажет, что ухудшение состояния здоровья Пациента возникло не вследствие оказанной Услуги.
2.13. В случае возникновения любых противоречий, претензий и разногласий, а также споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны, до передачи спора на рассмотрение в суд, в обязательном порядке направляют друг другу письменные претензии. Срок ответа на претензию – 10 (десять) дней со дня, следующего за днем получения претензии. Отсутствие ответа на претензию не означает признания указанных в ней требований.
2.14. Стороны согласились, что настоящий договор, а также иные документы, связанные с его исполнением, могут быть подписаны уполномоченным лицом Исполнителя с использованием факсимильного воспроизведения подписи. При этом факсимильная подпись будет иметь такую же силу, что и подлинная подпись уполномоченного лица.

3. Ответственность сторон

3.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
3.2. Исполнитель несет ответственность перед Пациентом и его Законным представителем только за умышленные виновные действия персонала.
Исполнитель освобождается от ответственности перед Пациентом и его Законным представителем в следующих случаях:
3.3.1. При нарушении Пациентом и/или его Законным представителем условий настоящего Договора, в том числе при возникновении осложнений из-за невыполнения Пациентом рекомендаций, предписаний или назначений врача, или при несвоевременном извещении Исполнителя о возникших осложнениях.
3.3.2. При возникновении аллергии или непереносимости препаратов и материалов, разрешенных к применению.
3.3.3. При отказе Законного представителя от медицинских вмешательств, рекомендованных Исполнителем.
3.3.4. При неявке Пациента на контрольный осмотр. В этом случае, в медицинской документации Пациента врачом делается запись о неявке на прием со стороны Пациента и отсутствии жалоб, претензий.

В случае неявки Пациента на контрольный осмотр или при обращении Пациента в другое лечебное учреждение Исполнитель не несет ответственности за достижение желаемого результата от процедур.

4. Порядок разрешения споров

4.1. Все споры, вытекающие из настоящего Договора, Стороны будут по возможности решать путем ведения переговоров. При невозможности достижения согласия спор подлежит передаче на рассмотрение суда в соответствии с законодательством РФ.
4.2. В случае возникновения любых противоречий, претензий и разногласий, а также споров, связанных с исполнением настоящего договора, стороны, до передачи спора на рассмотрение в суд, в обязательном порядке направляют друг другу письменные претензии. Срок ответа на претензию – 10 (десять) дней со дня, следующего за днем получения претензии. Отсутствие ответа на претензию не означает признания указанных в ней требований.

5. Заключительные положения

5.1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами. Договор может быть прекращен по письменному заявлению Законного представителя, при условии оплаты в полном объеме ранее оказанных Услуг, а также по инициативе Исполнителя в случаях и в порядке указанных в законодательстве и в договоре.
5.2. Договор может быть изменен по письменному соглашению сторон.
5.3. По вопросам, не отраженным в договоре, стороны руководствуются законодательством Российской Федерации и г. Москвы. Все приложения к договору являются его неотъемлемыми частями.
5.4. Стороны признают, что договор рассматривается исключительно в совокупности с документами, указанными в п.п. 1.2., 1.3., 2.1-2.4., 2.8. договора.
5.5. Договор составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.

6. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:	**Законный представитель:**
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»	
Адрес: 119071, Москва, Ленинский проспект, дом 17 **Почтовый адрес:** 127473, Москва, ул. Селезневская, д. 20 **ИНН/КПП** 7725034169/772501001 **ОГРН** 1027700456156, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ 77 № 007078150 от 25.11.2002 г, выдано управлением МНС России по г. Москве **Банковские реквизиты:** Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» л/с 2605441000450462) Счет № 03224643450000007300, ЕКС № 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва, **БИК 004525988** Телефон: (___) _____ e-mail: mcdik@zdrav.mos.ru	**Ф.И.О**._____ **Место жительства**:_____ _____ **Место регистрации**: _____ _____ Документ, удостоверяющий личность (паспорт): Серия _____ номер _____ Дата выдачи: «____» _____ года Выдавший орган: _____ _____ Телефон: e-mail:
От Исполнителя: _____ (должность) _____/_____/ (подпись) (ФИО) м.п.	**Законный представитель:** _____ (полностью ФИО и подпись) _____

Приложение 1
к договору возмездного оказания медицинских услуг физическому лицу,
заключаемому с законным представителем №_____ от _____

ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,
ОКАЗЫВАЕМЫХ ПО ДОГОВОРУ

ФИЛИАЛ «_____»

ФИО пациента			
ФИО врача		№ А/К	
КОД	Наименование услуги и срок (дата) ее оказания	кол-во	цена
	ИТОГО		

ДАТА _____

КАССИР: _____

ФИО, подпись

ОТМЕТКА ОБ ОПЛАТЕ

Приложение 2
к договору возмездного оказания медицинских услуг физическому лицу,
заключаемому с законным представителем №_____ от _____

Акт сдачи-приемки оказанных платных медицинских услуг
по договору возмездного оказания медицинских услуг
физическому лицу, заключаемому с законным представителем
несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица
от «___» _____ 20__ г. № _____

г. Москва **«___» _____ 20__ г.**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности от «____» _____ 20_____ г. № _____, с одной стороны,
и _____ проживающий(ая) по адресу:_____ тел:_____
(Ф.И.О., адрес места жительства и телефон законного представителя)

именуемый(ая) в дальнейшем «Законный представитель», действующий (-ая) в интересах несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица:
_____
(Ф.И.О. несовершеннолетнего, либо недееспособного, либо ограниченно дееспособного лица)
«___» _____ года рождения, в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, совместно именуемые стороны, подписали настоящий акт о нижеследующем:

1. Исполнитель оказал, и Законный представитель принял следующие медицинские Услуги, оказанные на платной основе:

Код и наименование услуги		**Стоимость одной услуги, руб.**	**Кол-во услуг**	**Общая стоимость услуг, руб.**	**Размер скидки (руб./%%)**	**Общая стоимость услуг со скидкой, руб.**

ИТОГО: ___

2. Указанные в п. 1 акта Услуги полностью соответствуют условиям договора, оказаны качественно, своевременно и в полном объеме.
3. Законный представитель не имеет претензий к Исполнителю по оказанным Услугам.
4. Настоящий акт составлен в 2 (двух) экземплярах, имеющих равную силу, по одному экземпляру для каждой стороны.
5. Реквизиты и подписи Сторон

Исполнитель:	**Законный представитель:**
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический Центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»	
Юридический адрес: 119071, Москва, Ленинский проспект, дом 17 **Фактический адрес:** 127473, Москва, _____ _____ **ИНН/КПП** 7725034169/772501001 **ОГРН** 1027700456156, свидетельство о внесении записи в ЕГРЮЛ 77 № 007078150 от 25.11.2002 г, выдано управлением МНС России по г. Москве **Банковские реквизиты:** Департамент финансов города Москвы (ГБУЗ «Московский Центр дерматовенерологии и косметологии» л/с 2605441000450462) Счет № 03224643450000007300, ЕКС № 40102810545370000003 в ГУ Банка России по ЦФО//УФК по г. Москве г. Москва, **БИК 004525988** Телефон: (___) _____ e-mail: mcdik@zdrav.mos.ru	**Место жительства:**_____ _____ **Место регистрации:** _____ _____ Документ, удостоверяющий личность (паспорт): Серия _____ номер _____ Дата выдачи: «____» _____ года Выдавший орган: _____ _____ Телефон: e-mail:
От Исполнителя: _____ (должность) _____/_____/ (подпись) (Ф.И.О.) м.п.	**Законный представитель:** _____ (Полностью Ф.И.О. и подпись)