|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ДОГОВОР** | **№** |  |

**на предоставление платных медицинских услуг**

**(проведение вакцинации против новой коронавирусной инфекции,**

**вызываемой вирусом SARS-CoV-2, разрешенными к медицинскому применению вакцинами)**

г. Москва « \_\_\_\_ » *\_\_\_\_\_ 2021* *года*

## **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «…№ …. Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «…№ … ДЗМ»)**, имеющее лицензию на осуществление медицинской от дата… № …, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы (адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00), сроком действия: бессрочно, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице главного врача *ФИО полностью*, действующего на основании Устава *(или иного должностного представителя юридического лица (при наличии доверенности и документа, удостоверяющего личность), действующего на основании …)*, с одной стороны, и **Наименование юридического лица (сокращенное наименование юридического лица)**, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице руководителя или иного должностного представителя юридического лица (при наличии доверенности и документа, удостоверяющего личность), действующего на основании \_\_\_\_\_\_, с другой стороны, в дальнейшем именуемые вместе **«Стороны»**, заключили настоящий Договор (далее – Договор) о нижеследующем:

1. Предмет Договора.
   1. Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию медицинских услуг Заказчику, указанных в приложении № 1 «Перечень платных медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором», являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора, а Заказчик обязуется оплатить оказанные медицинские услуги в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.
   2. Перечень медицинских услуг, цена и количество указываются в спецификации (Приложение № 1 к Договору).
   3. Исполнитель оказывает услуги по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
   4. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном порядке.
   5. Сроки оказания медицинских услуг, указанных в [п. 1.1](https://dit.consultant.ru?rnd=022935833F5ABC2864E82112157B8A6E&req=doc&base=PAP&n=49585&dst=100018&fld=134&date=06.06.2020) Договора, определяются в графике оказания медицинских услуг, являющемся неотъемлемой частью настоящего Договора (Приложение №2 к Договору). График оказания медицинских услуг утверждается Сторонами на момент подписания Договора и может быть изменен не позднее чем за 3 (три) календарных дня до даты начала оказания услуг.
   6. Услуги по настоящему Договору, в том числе по п.2.4.5 Договора, должны быть оказаны Исполнителем согласно графику оказания медицинских услуг, но не позднее 30 (тридцати) календарных дней с даты подписания настоящего Договора.

1. Права и обязанности сторон.
   1. Исполнитель обязан:
      1. Обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией о платных медицинских услугах.
      2. Оказать медицинские услуги надлежащего качества в порядке и в сроки, предусмотренные настоящим Договором.
      3. При оказании услуг соблюдать медицинские нормы и правила, в том числе, санитарно-эпидемиологический режим.
      4. В момент оказания услуг получить у работника Заказчика информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение №4 к Договору).
      5. Вести учет оказанных медицинских услуг, а также необходимую медицинскую документацию.
      6. После оказания услуг предоставить Заказчику акт об оказании услуг (Приложении №3 к Договору), счет.
      7. Предоставить ответственному представителю Заказчика, указанному в п. 2.4.4.1 Договора, информацию о результатах оказанных услуг только при наличии гарантийного письма Заказчика, указанного в п.2.4.4.3 Договора, и доверенности, указанной в п. 2.4.4.1 Договора.
   2. Исполнитель имеет право:
      1. Отказать в предоставлении услуг в случае выяснения медицинских противопоказаний, о которых не было сообщено Исполнителю при подписании договора.

2.2.2.Отказать в предоставлении услуг Заказчику при отсутствии надлежащим образом оформленного информированного добровольного согласия на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи (Приложение №4 к Договору), анкеты (Приложение №5 к Договору), которое должно быть оформлено работником Заказчика в момент оказания услуг.

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

2.2.4.Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанных ему медицинских услуг.

2.2.5. Передать ответственному представителю Заказчика, указанному в п. 2.4.4.1 Договора, информацию о результатах оказанных услуг только при наличии гарантийного письма Заказчика, указанного в п. 2.4.4.3 Договора, и доверенности, указанной в п. 2.4.4.1 Договора.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. Своевременно и в полном объеме оплатить услуги в соответствии с настоящим Договором.

2.3.2. До начала оказания услуг проинформировать каждого работника о необходимости надлежащим образом оформить Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них и на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них (Приложение №4 к Договору), с добровольного согласия указав в нем Ф.И.О. ответственного представителя Заказчика (п.2.4.4.1 Договора), анкету (Приложение № 5 к Договору).

2.3.3.Выполнять требования, предъявляемые Исполнителем, направленные на обеспечение качественного предоставления услуг, включая сообщение необходимой информации для оказания услуг (в том числе информации о медицинских противопоказаниях, препятствующих оказанию услуг), как до начала оказания услуг, так и после непосредственного завершения ее оказания.

2.3.4. Обеспечить явку работников для вакцинации иностранных граждан (мигрантов) от новой коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, в дату и время (часы, минуты) согласно графику оказания медицинских услуг (Приложение №2 к Договору).

2.3.5.Проинформировать работников о необходимости соблюдения мер безопасности и обеспечить соблюдение ими таких мер (маски, перчатки, социальная дистанция).

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1.Предъявлять требования к Исполнителю по качеству и количеству оказываемых медицинских услуг.

2.4.2. Письменно отказаться от услуг не позднее чем за 5 (пять) рабочих дней до дня их оказания.

2.4.3. Отказаться от исполнения настоящего Договора в любое время, при условии возмещения Исполнителю фактически понесенных расходов на дату расторжения настоящего Договора.

2.4.4. Для получения информации о результатах оказанных услуг по Договору через ответственного представителя Заказчика - до начала оказания услуг:

2.4.4.1. Предоставить Исполнителю доверенность (на бланке Заказчика) на лицо, уполномоченное Заказчиком от имени работников получать результаты медицинских исследований по настоящему Договору, с указанием его Ф.И.О., должности, контактного телефона, адреса электронной почты (далее – ответственный представитель Заказчика).

2.4.4.2. Получить у работника Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них и на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них (Приложение № 4 к Договору), анкету (Приложение №5 к Договору).

2.4.4.3. Предоставить Исполнителю гарантийное письмо (в свободной форме, на бланке Заказчика) о получении от работников (с указанием Ф.И.О., даты рождения, полиса ОМС и паспортных данных) надлежащим образом оформленные Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них и на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них (Приложение №4 к Договору), анкету (Приложение № 5 к Договору).

1. Цена Договора и порядок оплаты.

3.1. Цена настоящего Договора составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) руб. \_\_\_ коп., без НДС, и рассчитана в соответствии с Приложением №1 настоящего Договора.

3.2. Оказываемые в рамках настоящего Договора услуги не облагаются НДС в соответствии со ст. 149 НК РФ.

3.3. В цену настоящего Договора включаются все затраты, издержки, в том числе на расходные материалы и оборудование, и иные расходы Исполнителя, в том числе сопутствующие, связанные с исполнением обязательств по настоящему Договору.

3.4. В течение 3 (трех) рабочих дней с даты оказания услуг Исполнитель передает Заказчику два экземпляра акта об оказании услуг и оригинал счета на оплату.

3.5. Заказчик в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты получения документов, указанных в п.3.4 Договора, осуществляет приемку услуг путем подписания акта об оказании услуг.

3.6. Оплата услуг осуществляется Заказчиком по безналичному расчету в течение 5 (пяти) рабочих дней с даты подписания акта об оказании услуг по настоящему Договору путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.7. Изменения к Договору должны быть произведены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами Договора.

3.8. Обязательства Заказчика по оплате считаются исполненными с момента зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4. Ответственность Сторон.

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение условий Договора виновная сторона несет ответственность, предусмотренную действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

4.2. Исполнитель не несет ответственности за результаты оказания услуг в случаях несоблюдения или ненадлежащего исполнения Заказчиком обязательств по данному Договору.

4.3 В случае неисполнения Заказчиком своих обязательств по настоящему Договору, Исполнитель имеет право в одностороннем порядке прекратить или приостановить выполнение своих обязательств.

5. Срок действия Договора.

5.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания всеми сторонами и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств по нему.

6. Конфиденциальность.

6.1. Исполнитель обязуется сохранить конфиденциальность информации о факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, состоянии здоровья пациента, которому оказываются услуги, в соответствии с настоящим Договором.

6.2. С согласия работника Заказчика допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим лицам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования.

7. Форс-мажор.

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора в результате обстоятельств чрезвычайного характера, которые Стороны не могли ни предвидеть, ни предотвратить разумными мерами. К таким обстоятельствам относятся: телекоммуникационные сбои всеобщего характера, наводнение, пожар, землетрясение и иные явления природы, а также война, военные действия, акты или действия государственных органов и др.

7.2. При наступлении указанных в п. 7.1 настоящего Договора обстоятельств Сторона, исполнению обязательств которой они препятствуют, должна не позднее 20 (двадцати) рабочих дней известить о них в письменном виде другую Сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, что должно быть подтверждено компетентной государственной или иной организацией, а также, по возможности, оценку их влияния на возможность исполнения Стороной обязательств по Договору и срок исполнения обязательств.

7.3. В случае если обстоятельства, указанные в п. 7.1 настоящего Договора, продлятся более 30 (тридцати) календарных дней, каждая Сторона имеет право расторгнуть Договор в одностороннем внесудебном порядке, при этом Стороны должны провести взаиморасчеты по возникшим при исполнении настоящего Договора финансовым обязательствам.

8. Заключительные положения.

8.1. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.2. Стороны обязуются письменно извещать друг друга о смене реквизитов, адресов и иных существенных изменениях в течение 5 (пяти) рабочих дней, с даты изменения таких сведений.

8.3. Все споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении условий настоящего Договора, Стороны будут стремиться разрешать путем переговоров.

8.4. Споры, не урегулированные путем переговоров, разрешаются в судебном порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.5. Ни одна из Сторон не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьим лицам без письменного согласия другой Стороны.

8.6. При выполнении условий настоящего Договора Стороны руководствуются законодательством Российской Федерации.

9. Адреса и реквизиты Сторон.

|  |  |
| --- | --- |
| **ИСПОЛНИТЕЛЬ:** | **ЗАКАЗЧИК:** |
| Наименование:  ГБУЗ « …№ …. ДЗМ  Местонахождение: ….  Юридический адрес: ….  ОГРН …..  ИНН ….  КПП ….  ОКПО – ….  ОКТМО – ….  ОГРН – ….  Банковские реквизиты:  УФК по г. Москве (Департамент финансов города Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы л/с …..) в ГУ Банка России по ЦФО г. Москва 35  Расчетный счет – …..  БИК – ….  Лицевой счет – …  Тел./факс: 8-495-….  Эл. почта: […..](mailto:gp175@zdrav.mos.ru)  **от Исполнителя:**  Главный врач  ГБУЗ «..№ … ДЗМ»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Фамилия, имя, отчество*) | Наименование:  …..  Местонахождение: ….  Юридический адрес: ….  ОГРН …..  ИНН ….  КПП ….  ОКПО – ….  ОКТМО – ….  ОГРН – ….  Банковские реквизиты:  УФК по г. Москве (Департамент финансов города Москвы, Департамент здравоохранения города Москвы л/с …..) в ГУ Банка России по ЦФО г. Москва 35  Расчетный счет – …..  БИК – ….  Лицевой счет – …  Тел./факс: 8-495-….  Эл. почта: […..](mailto:gp175@zdrav.mos.ru)  **от Заказчика:**  *должность*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (*Фамилия, имя, отчество*) |
| **М.П.** | **М.П.** |

Приложение № 1

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

**Перечень платных медицинских услуг,**

**предоставляемых в соответствии с договором**

**(СПЕЦИФИКАЦИЯ)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование услуги | Цена за 1 ед. услуги, руб. (без НДС) | Кол-во, чел. | Сумма, руб. (без НДС) |
| **1** |  | Выездная вакцинация иностранного гражданина (мигранта) от новой коронавирусной инфекции одним компонентом вакцины с медицинским осмотром | **1 300, 00** |  |  |
| **2** |  | Медицинский осмотр при выездной  вакцинации иностранного гражданина (мигранта) от новой коронавирусной инфекции одним компонентом вакцины | **900,00** |  |  |
|  |  | **ИТОГО** |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ГБУЗ «…№ …. ДЗМ»  Главный врач | ЗАКАЗЧИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*Фамилия/инициалы*/ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *Фамилия/инициалы* / | |
| (подпись)  м.п**.** | (подпись)  м.п. | |

Приложение № 2

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

**Списки подлежащих вакцинации**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/п №** | **Фамилия** | **Имя** | **Отчество  (при наличии)** | **Дата рождения** | | | **Паспорт** | | | **заполняется одно из четырёх условий** | | | | | | | | |
| **Патент (при наличии)** | | | | **Вид на жительство серия (при отсутствии патента)** | | **РВП разрешение на временное проживание (при отсутствии патента)** | **Иное (заполняется из перечисленного: гражданство Белоруссии, Армении, Киргизии, Казахстана**  **при наличии трудового договора; беженцы и лица с временным убежищем, иностранные студенты очной формы обучения)** | **Мобильный телефон вакцинируемого** |
| **серия** | **номер** | **дата выдачи** | **серия** | **номер** | | | **серия** | **номер** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | | | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 1 |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ГБУЗ «…№ …. ДЗМ»  Главный врач | | | | | | ЗАКАЗЧИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*Фамилия/инициалы*/ | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *Фамилия/инициалы* / | | | | | | |
| (подпись)**м.п.** | | | | | | (подпись) **м.п.** | | | | | | |

Приложение № 3

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

**ФОРМА**

**АКТ № \_\_\_\_\_**

**об оказании услуг**

**по Договору от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «… № … Департамента здравоохранения города Москвы» (ГБУЗ «…№ … ДЗМ»)**, имеющее лицензию на осуществление медицинской от 11 сентября 2020 года № ЛО-77-01-020379, выданную Департаментом здравоохранения города Москвы (адрес: 127006, г. Москва, Оружейный переулок, д. 43, тел. 8 (499) 251-83-00), сроком действия: бессрочно, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»** в лице главного врача …., действующего на основании Устава, с одной стороны, действующего на основании Устава *(или иного должностного представителя юридического лица (при наличии доверенности и документа, удостоверяющего личность), действующего на основании …)*, и **Наименование юридического лица (сокращенное наименование юридического лица)**, именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице руководителя или иного должностного представителя юридического лица (при наличии доверенности и документа, удостоверяющего личность), действующего на основании \_\_\_\_\_\_, с другой стороны, в дальнейшем именуемые вместе **«Стороны»**, составили настоящий акт о нижеследующем:

1. В соответствии с Договором предоставления платных медицинских услуг от \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 года № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Договор) Исполнитель выполнил обязательства по оказанию услуг в полном объеме:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код медицинской услуги | Наименование услуги | Цена за 1 ед. услуги, руб. (без НДС) | Кол-во, чел. | Сумма, руб. (без НДС) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  | **ВСЕГО:** |  |  |  |

На общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(сумма прописью)* руб.

2. Качество услуг соответствует требованиям договора.

3. Недостатки услуг не выявлены.

**Вышеперечисленные услуги Исполнителем выполнены полностью и в срок.**

**Со стороны Заказчика претензий по объем, качеству и срокам оказания услуг нет.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ГБУЗ «.. № …. ДЗМ»  Главный врач | ЗАКАЗЧИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*Фамилия/инициалы*/ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *Фамилия/инициалы* / | |
| (подпись)  **м.п.** | (подпись)  **м.п.** | |

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ГБУЗ «.. № …. ДЗМ»  Главный врач | ЗАКАЗЧИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*Фамилия/инициалы*/ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *Фамилия/инициалы* / | |
| (подпись)  **м.п.** | (подпись)  **м.п.** | |

Приложение № 4

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

ФОРМА

**Информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенные в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, на обработку персональных данных и передачу сведений, составляющих врачебную тайну и на проведение профилактических прививок против новой коронавирусной инфекции или отказ от них**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. вакцинируемого), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_номер, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г., зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (далее – Работник), номер телефона для связи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в рамках договора на оказание платных медицинских услуг по вакцинации от новой коронавирусной инфекции, вызываемой вирусом SARS-CoV-2, разрешенными к медицинскому применению вакцинами (далее – Договор), заключенного между \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование организации работника) (далее Работодатель) и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации) (далее - Медицинская организация), даю информированное добровольное согласие на виды медицинских вмешательств, включенных в Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. № 24082) (далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть) в

.

(полное наименование медицинской организации)

Медицинским работником

(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, включенных в Перечень, или потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ “Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации” (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446).

Сведения о выбранных мною лицах, которым в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 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 (ненужное зачеркнуть), а также в Департамент Здравоохранения города Москвы и органам власти РФ, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ О персональных данных настоящим подтверждаю свое согласие на обработку уполномоченными сотрудниками Медицинской организации моих персональных данных, а именно: фамилия, имя, отчество, пол, место рождения, дата рождения, гражданство, место и дата регистрации, место жительства, адрес проживания, данные (реквизиты) документа, удостоверяющего личность (паспорта), адрес электронной почты, контактный телефон, реквизиты полиса ОМС (ДМС при наличии), СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья (включая, в том числе, но неисключительно, анамнез, диагноз), случаях обращения за медицинской помощью, перечень, срок и объем оказанной медицинской помощи и иные персональные данные, обрабатываемые в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг, а также в целях осуществления учета и контроля в системе обязательного и добровольного медицинского страхования, проведения контроля качества и безопасности медицинских услуг (далее – Персональные данные).

Предоставляю Медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими Персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение Медицинская организация вправе обрабатывать мои Персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных.

Предоставляю право Медицинской организации передавать Работодателю, а также ответственному представителю Работодателя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О., контактный телефон)

мои Персональные данные и информацию о состоянии моего здоровья, включая результаты лабораторных исследований, в рамках исполнения Договора.

Настоящее согласие действует бессрочно. Работник вправе отозвать свое согласие на обработку Персональных данных посредством передачи Медицинской организации под расписку соответствующего письменного заявления на бумажном носителе.

Я проинформирован, что информация о вакцинации от новой коронавирусной инфекции будет передана Медицинской организацией ответственному представителю Работодателя, указанному в настоящем согласии.

При передаче результатов о вакцинации Работодателю Медицинская организация не несет ответственности в случае возможного нарушения конфиденциальности передаваемой информации со стороны Работодателя.

Настоящим подтверждаю, что проинформирован врачом:

- о смысле и цели вакцинации;

- на момент вакцинации я не предъявляю никаких острых жалоб на состояние здоровья (температура тела нормальная, отсутствуют жалобы на боль, озноб, сильную слабость, нет иных выраженных жалоб, которые могут свидетельствовать об острых заболеваниях или обострении хронических);

- я понимаю, что вакцинация - это введение в организм человека иммунобиологического лекарственного препарата для создания специфической невосприимчивости к инфекционным заболеваниям;

- мне ясно, что после вакцинации возможны реакции на прививку, которые могут быть местными (покраснения, уплотнения, боль, зуд в месте инъекции и другие) и общими (повышение температуры, недомогание, озноб и другие); крайне редко могут наблюдаться поствакцинальные осложнения (шок, аллергические реакции и другие), но вероятность возникновения таких реакций значительно ниже, чем вероятность развития неблагоприятных исходов заболевания, для предупреждения которого проводится вакцинация;

- о всех имеющихся противопоказаниях к вакцинации;

- я поставил (поставила) в известность медицинского работника о ранее выполненных вакцинациях, обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе о любых формах аллергических проявлений, обо всех перенесенных мною и известных мне заболеваниях, принимаемых лекарственных средствах, о наличии реакций или осложнений на предшествующие введения вакцин у меня. Сообщила (для женщин) об отсутствии факта беременности или кормления грудью.

Я подтверждаю, что предоставил(а) корректные и полные персональные данные (в том числе номер полиса обязательного медицинского страхования). Я подтверждаю, что при предоставлении мною некорректных и (или) неполных данных не буду иметь претензий по вопросу отсутствия сведений о проведенной вакцинации в электронной медицинской карте и на официальном интернет-портале государственных услуг.

Я имел(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы.

Получив полную информацию о необходимости проведения профилактической прививки против новой коронавирусной инфекции, возможных прививочных реакциях, последствиях отказа от неё, подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов и:

добровольно соглашаюсь на проведение прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

добровольно отказываюсь от проведения прививки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получение сертификата доверяю ответственному представителю организации.

Я, нижеподписавшийся (аяся)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись пациента)

Я свидетельствую, что разъяснил все вопросы, связанные с проведением прививок и дал ответы на все вопросы.

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. гражданина) | | | | |
|  | | | |  |  | | | | |
| (подпись) | | | |  | (Ф.И.О. медицинского работника) | | | | |
| “ |  | ” |  | | |  |  | г. |

(дата оформления)

|  |  |
| --- | --- |
| Работник (Законный представитель)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021 г. |  |

**ФОРМА СОГЛАСОВАНА:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ИСПОЛНИТЕЛЬ:  ГБУЗ «ГП № …. ДЗМ»  Главный врач | ЗАКАЗЧИК:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(название)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (должность) | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/*Фамилия/инициалы*/ | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ *Фамилия/инициалы* / | |
| (подпись)  м.п**.** | (подпись)  м.п. | |

Приложение № 5

к Договору № \_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_ 2021 года

**Анкета**

(заполняется пациентом перед вакцинацией

против новой коронавирусной инфекции)

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваш возраст \_\_\_\_\_\_ (полных лет)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Вопрос** | **Да** | **Нет** |
| 1 | Проводились ли Вам профилактические прививки в течение последних 30 дней? |  |  |
| 2 | Являетесь ли Вы участником клинического исследования вакцины? |  |  |
| 3 | Были ли у Вас выраженные аллергические реакции, в том числе на профилактические прививки, в прошлом (анафилактический шок, отёк Квинке, судороги, повышение температуры выше 40°С)? |  |  |
| 4 | Имеются ли у Вас в настоящие время признаки простудного заболевания? |  |  |
| 5 | Наблюдается ли у Вас в настоящее время обострение какого-нибудь хронического заболевания (если да, то указать какое в примечании, п. 10) |  |  |
| 6 | Имеются ли у Вас заболевания, такие как: |  |  |
| - сердечно-сосудистые: инфаркт миокарда, ишемическая болезнь сердца, эндокардит, перикардит или миокардит (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - эндокринные: сахарный диабет (указать уровень глюкозы при последнем измерении) |  |  |
| - центральной нервной системы: инсульт, эпилепсия, рассеянный склероз (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - крови: анемии, лейкозы, лимфогранулематоз, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - почек (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - печени (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - легких: бронхиальная астма, ХОБЛ, другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - аутоиммунные: ревматические болезни, тиреоидит, псориаз и другие (указать какое в примечании, п.10) |  |  |
| - иммунодефициты (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |
| - онкологические (указать заболевание в примечании, п.10) |  |  |
| 7 | Принимали ли Вы в течение месяца следующие лекарственные препараты: глюкокортикостероиды, цитостатики, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Если принимали, то указать какие в примечании, п.10. |  |  |
| 8 | Беременность (для женщин) |  |  |
| 9 | Период грудного вскармливания (для женщин) |  |  |
| 10 | Примечание | | |

Я подтверждаю достоверность информации, указанной в анкете.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_\_, подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)