

**ДОГОВОР № 2690/2018**  
**на оказание платных медицинских услуг**

г. Москва

С - 11  
"15" 12 2018 г.

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации** (далее - **ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России**), именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице главной медицинской сестры дирекции Габоян Яны Сергеевны, действующего на основании Доверенности от 23.07.2018 № 018, с одной стороны, и **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр наркологии Департамента здравоохранения города Москвы»**, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице директора Копорова Сергея Георгиевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», а по отдельности «Сторона», на основании п.1 ч. 30 Положения о закупке товаров, работ, услуг ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России от 31.03.2014 и Федерального закона от 18.07.2011 № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц» заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему договору Исполнитель обязуется **оказать медицинские услуги по проведению медицинского осмотра врачом психиатром-наркологом, включающий в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и определение маркера злоупотребления алкоголем** (далее – **медицинские услуги**) сотрудников Заказчика, а Заказчик обязуется принять и оплатить их стоимость, в соответствии с Прейскурантом (приложение 5 к настоящему Договору), утвержденным Исполнителем.

1.2 Медицинские услуги оказываются в соответствии с Приказом Минздрава России от 22.12.2016 № 988н "О Порядке выдачи справки об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом".

1.3. Исполнитель, оказывая медицинские услуги, действует на основании лицензии ЛО-77-01-016300 от 29.06.2018, выданной Департаментом здравоохранения города Москвы.

1.4. Медицинские услуги оказываются Исполнителем по адресу: г. Москва, ул. Шербаковская, д. 57/20, в часы работы учреждения. Сроки предоставления услуг с момента подписания договора до 31.12.2019.

**2. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ**

2.1. Медицинские услуги проводятся Исполнителем на основании направления, выданного Заказчиком лицу, направляемому для оказания медицинских услуг, по форме, указанной в приложении 1 к настоящему договору, паспорта гражданина Российской Федерации и при условии оформления информированного добровольного согласия работника (Приложение 2), заявления на обработку его персональных данных (Приложение 3) и заявления о передаче заключения по результатам освидетельствования представителю Заказчику (Приложение 4) при необходимости.

2.2. Оформление и выдача справки осуществляется при отсутствии у работника наркотических заболеваний по результатам медицинского обследования, включающего в себя:

2.2.1. осмотр врачом-психиатром-наркологом;



2.2.2. химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (далее - ХТИ);

2.2.3. качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофореза.

2.3. Началом оказания медицинской услуги является проверка медицинским регистратором наличия либо отсутствия обратившегося в информационной базе данных о нахождении его на диспансерном или профилактическом наблюдении по поводу наркологического заболевания. Граждане, не являющиеся жителями города Москвы, дополнительно представляют справку из наркологического учреждения по месту своего постоянного жительства.

2.4. При проведении процедуры медицинского осмотра врачом психиатром-наркологом врач опрашивает пациента на предмет сбора необходимых анамнестических сведений, производит осмотр кожных покровов, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, производит пальпацию и перкуссию печени, неврологическое обследование.

2.5. При проведении процедуры предварительного ХТИ сотрудник Заказчика должен собрать порцию мочи (не менее 50 мл.) в специальный контейнер, предоставленный Исполнителем и передать ее указанному медицинскому работнику.

При наличии отрицательного показателя наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов заключение (по желанию обратившегося) выдается непосредственно в день обращения. В случае положительного результата при проведении предварительных химико-токсикологических исследований наличия наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов, биологический материал-моча направляется в Химико-токсикологическую лабораторию для проведения подтверждающего химико-токсикологические исследования методом газовой хроматографии/масс-спектрометрии.

2.6. При проведении процедуры CDT медицинский работник в процедурном кабинете Филиала (Наркологического диспансера) ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ" с соблюдением всех необходимых санитарно-эпидемиологических требований производит забор венозной крови обследуемого и направляет ее на лабораторное исследование (исследование уровня трансферрина сыворотки крови (CDT) - маркера злоупотребления алкоголем) в клинко-диагностическую лабораторию ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ";

2.7. По результатам проведенного обследования не ранее 5-ти рабочих дней, Исполнитель выдает на руки осмотренным лицам Справку об отсутствии у работников, которые в соответствии со своими трудовыми обязанностями должны иметь доступ к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям, заболеваний наркоманией, токсикоманией, хроническим алкоголизмом по форме, предусмотренной Приложением 2 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2016 г. № 988н либо в случае наличия согласия на передачу данных (Приложение 4) представителю Заказчика.

### **3. ЦЕНА ДОГОВОРА И ПОРЯДОК РАСЧЁТОВ**

3.1. Цена договора определяется Прейскурантом ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ" (Приложение 5 к настоящему Договору) и составляет не более 400 000,00 (четыреста тысяч рублей, 00 коп.). Медицинские услуги согласно ст. 149 НК РФ не облагаются НДС.

3.2. Заказчик производит оплату в безналичной форме по факту оказания медицинских услуг, в течение 30 (тридцати) календарных дней на основании подписанного Сторонами Акта сдачи-приемки оказанных услуг и счета, выставленного Исполнителем, путём перечисления денежных средств на расчетный счёт Исполнителя. На всех вышеперечисленных документах



обязательно должны быть указаны наименования Заказчика, Исполнителя, номер и дата Договора, а также даты оформления этих документов.

3.3. Заказчик осуществляет проверку сведений об оказанных медицинских услугах, и при отсутствии претензий относительно качества оказанных услуг, при наличии документов указанных в п. 3.2 настоящего Договора, оплачивает оказанные услуги, либо дает мотивированный отказ от оплаты до устранения Исполнителем выявленных недостатков.

3.4. Излишне оплаченные Заказчиком суммы подлежат возврату, либо учитываются при последующих расчетах.

3.5. В случае предоставления документов на оплату по настоящему Договору, оформленных с ошибками, такие документы возвращаются Исполнителю, и срок оплаты продлевается на время устранения ошибок.

3.6. Перечисление средств по Договору производиться по банковским реквизитам, указанным в счёте.

3.7. В случае изменения банковских реквизитов, Исполнитель обязуется:

3.7.1. Отобразить в счёте информацию «Внимание! Изменение реквизитов!»;

3.7.2. Приложить к счёту информационное письмо об изменении реквизитов за подписью руководителя организации и главного бухгалтера;

3.7.3. В течении трех рабочих дней, с момента изменения реквизитов, уведомить Заказчика об изменении банковских реквизитов по адресу электронной почты: [buh@pirogov-center.ru](mailto:buh@pirogov-center.ru). В противном случае все риски, связанные с перечислением денежных средств на указанный в настоящем Договоре счет Исполнителя, несет Исполнитель.

#### **4. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

4.1. Исполнитель обязан:

4.1.1. Оказать медицинские услуги надлежащего качества, с использованием достоверных и сертифицированных методов исследования и высококачественных тест-систем с соблюдением порядка и стандартов оказания медицинской помощи.

4.1.2. Получить письменное согласие лица, направляемого на освидетельствование, с Порядком и условиями предоставления медицинских услуг, а также на обработку персональных данных в рамках действующего законодательства;

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

4.1.4. Соблюдать врачебную тайну и режим конфиденциальности в отношении информации, полученной в процессе исполнения настоящего Договора в рамках Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4.1.5. В течение 5 (пяти) рабочих дней после окончания срока оказания услуг составить и представить на подпись Заказчику Акт сдачи-приемки оказанных услуг и счет за оказанные услуги.

4.1.6. Вести учет лиц, направляемых на медицинские освидетельствования.


4.1.7. По мере исполнения настоящего Договора, и дополнительно по требованию Заказчика, а также по исполнении своих обязательств Исполнителем по настоящему Договору, для выверки сторонами взаимных расчетов, Исполнитель представляет Заказчику акты сверки взаимных расчетов по настоящему Договору в течение одного рабочего дня.

4.2. Заказчик обязан:

4.2.1. Выдать лицу, направляемому на освидетельствование, направление по форме согласно Приложению 1 к настоящему Договору.

4.2.2. Разъяснить лицу, направляемому на освидетельствование порядок и условия предоставления медицинской услуги:

а) о необходимости иметь при себе направление на медицинское освидетельствование и паспорт гражданина РФ.





б) об обязанности предоставить Исполнителю в письменном виде свое информированное добровольное согласие с Порядком и условиями получения медицинской услуги, а также согласие на обработку своих персональных данных;

в) об обязанности сообщить о себе врачу психиатру-наркологу все запрошенные им сведения медицинского и иного характера, предоставить возможность осмотра кожных покровов и инструментального обследования в соответствии с Порядком, установленным Исполнителем, а также необходимости предоставления справки в соответствии с п. 2.2. настоящего договора;

4.2.3. Вести учет лиц, направляемых на медицинские освидетельствования.

4.2.4. Подписать направленный Исполнителем акт сдачи-приемки оказанных услуг в течение 5-ти рабочих дней с момента его получения от Исполнителя.

4.2.5. Своевременно производить оплату оказанных услуг.

4.3. Исполнитель имеет право:

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

4.3.2. Требовать от Заказчика своевременной оплаты оказанных медицинских услуг;

4.3.3. В случае нарушения Заказчиком условий настоящего договора, отказаться от оказания услуг в любое время, уведомив об этом Заказчика за 10 рабочих дней.

4.4. Заказчик имеет право:

4.4.1. С согласия лица, направленного на освидетельствование, получать от Исполнителя сведения медицинского характера в части его касающейся, возникающие во время исполнения услуги;

4.4.2. Отказаться от исполнения Договора в любое время, оплатив Исполнителю фактически оказанные услуги в порядке, предусмотренном настоящим Договором;

4.4.3. В любое время проверять ход и качество оказанных Исполнителем услуг, не вмешиваясь в его деятельность.

## 5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1 Стороны несут ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых на себя обязательств на условиях и в порядке, установленных настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации. В случае привлечения к исполнению Договора соисполнителей, ответственность перед Заказчиком за неисполнение обязательств по Договору несет Исполнитель.

5.2 В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, Исполнитель вправе потребовать уплаты неустоек (штрафов).

5.3 За каждый факт неисполнения Заказчиком обязательств, предусмотренных Договором, за исключением просрочки исполнения обязательств, предусмотренных Договором, Исполнитель вправе взыскать с Заказчика штраф **в размере 1000 рублей**.

5.4 В случае просрочки исполнения Исполнителем обязательств, предусмотренных Договором, а также в иных случаях неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем обязательств, предусмотренных Договором, Заказчик направляет Исполнителю требование об уплате неустоек (штрафов, пеней).

5.5 Пеня начисляется за каждый день просрочки исполнения Исполнителем обязательства, предусмотренного Договором, в размере одной трехсотой действующей на дату уплаты пени ставки рефинансирования Центрального банка Российской Федерации от цены Договора, уменьшенной на сумму, пропорциональную объему обязательств, предусмотренных Договором и фактически исполненных Исполнителем.

5.6 За каждый факт неисполнения или ненадлежащего исполнения Исполнителем обязательств, предусмотренных Договором, за исключением просрочки исполнения обязательств (в том числе гарантийного обязательства), предусмотренных Договором, Исполнитель выплачивает Заказчику штраф **в размере 10 процентов цены Договора**.



5.7 Стороны освобождаются от уплаты неустойки (штрафа, пени), если докажут, что неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательства, предусмотренного Договором, произошло вследствие непреодолимой силы или по вине другой Стороны.

5.8 Уплата неустоек, штрафов не освобождает Стороны от исполнения взятых на себя обязательств по настоящему Договору.

5.9 Медицинский работник несет предусмотренную законодательством Российской Федерации ответственность за качество проведенного освидетельствования и выдачу заключения, соблюдение врачебной тайны.

5.10 Заказчик не несет ответственность за несвоевременную оплату, связанную с несвоевременным поступлением денежных средств из бюджета.

5.11 В случае, если Исполнитель не приступает своевременно к исполнению Договора, Заказчик вправе обратиться в суд с иском о расторжении Договора, а также потребовать возмещения убытков и взыскания неустойки.

## **6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

6.1. Настоящий договор вступает в силу со дня его подписания сторонами, и действует до 31 декабря 2019 года, а в части исполнения финансовых расчетов - до полного исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

6.2. Прекращение действия Договора не освобождает Стороны от обязанности возмещения убытков и уплаты штрафных санкций и иной ответственности, установленной настоящим Договором и законодательством РФ.

## **7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. Споры и/или разногласия, возникшие между Сторонами при исполнении условий настоящего Договора, решаются путём переговоров. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в арбитражном суде г. Москвы в установленном порядке.

7.2. Ни одна из Сторон не вправе передавать свои права и обязанности по настоящему Договору третьей Стороне, если иное не предусмотрено настоящим Договором.

## **8. ПОРЯДОК РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**


8.1. Расторжение настоящего Договора допускается исключительно по соглашению Сторон или решению суда по основаниям, предусмотренным гражданским законодательством РФ.

8.2. В случае расторжения Договора по соглашению, Исполнитель возвращает Заказчику все денежные средства, перечисленные для исполнения обязательств по настоящему Договору, а Заказчик оплачивает фактически исполненные обязательства по настоящему Договору.

8.3. Требование о расторжении Договора может быть заявлено Стороной в суд только после получения отказа другой Стороны на предложение расторгнуть настоящий Договор либо неполучения ответа в течение 10 (десяти) календарных дней с момента направления предложения о расторжении настоящего Договора.

## **9. ФОРС-МАЖОР И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА НЕПРЕОДОЛИМОЙ СИЛЫ**

9.1. К форс-мажорным обстоятельствам и обстоятельствам непреодолимой силы относятся забастовки, локауты, трудовые беспорядки, неприемлемые условия труда, аварии, военные действия, действия органов государственной власти запрещения или иные проявления правительственной политики, война (объявленная или необъявленная), мятежи, гражданские беспорядки, пожар, стихийные бедствия или иные непредвиденные обстоятельства, находящиеся вне контроля каждой из сторон. Стороны освобождают от ответственности за просрочку или неисполнение, возникшие вследствие одной из этих причин. К таким обстоятельствам не относятся, задержка в пути, если такая задержка возникла по вине третьих лиц и иные обстоятельства, которые влекут неисполнение Стороной своих обязательств по настоящему Договору по вине третьих лиц, не привлеченных Стороной для исполнения всего или части настоящего Договора.



9.2. Сторона освобождается от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое неисполнение является следствием обстоятельств непреодолимой силы, включая: землетрясения, наводнения, пожары, техногенные катастрофы, тайфуны, ураганы и другие стихийные бедствия, не зависящие от воли Сторон. К таким обстоятельствам не относятся, в частности, нарушение обязанностей со стороны третьих лиц, отсутствие на рынке нужных для исполнения Договора товаров.

Указанные события должны носить чрезвычайный, непредвиденный и непредотвратимый характер, возникнуть после заключения Договора и не зависеть от воли Сторон.

9.3. При наступлении обстоятельств непреодолимой силы Сторона должна без промедления известить о них другую Сторону в любой форме (предпочтительно в письменной). В извещении должны быть сообщены данные о характере обстоятельств, а также по возможности оценка их влияния на возможность исполнения обязательств по настоящему Договору и срок исполнения обязательств.

9.4. По прекращении указанных обстоятельств Сторона должна без промедления известить другую Сторону в письменном виде. В извещении должен быть указан срок, в который предполагается исполнить обязательство по Договору. Если Сторона не направит или несвоевременно направит извещение, то она должна возместить другой Стороне убытки, причиненные неизвещением или несвоевременным извещением.

9.5. Сторона должна в течение 10 (десяти) рабочих дней передать другой Стороне официальный документ федерального органа исполнительной власти или иного компетентного органа, подтверждающего о наступлении обстоятельств непреодолимой силы и их продолжительности.

9.6. В случае наступления форс-мажора и обстоятельств непреодолимой силы срок исполнения Сторонами обязательств по Договору отодвигается соразмерно времени, в течение которого действовали такие обстоятельства и их последствия.

9.7. Если форс-мажор и обстоятельства непреодолимой силы продолжают действовать более 2 (двух) месяцев или они или их последствия будут действовать более этого срока, Стороны в возможно короткий срок должны провести переговоры с целью выявления приемлемых для обеих Сторон альтернативных способов исполнения Договора и достижения соответствующей договоренности.

## **10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

10.1. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон, оба экземпляра имеют одинаковую юридическую силу.

10.2. При исполнении настоящего Договора изменение его условий по соглашению сторон и в одностороннем порядке не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

10.3. В случае если законодательством Российской Федерации предусмотрено изменение условий, то такие условия Договора могут быть изменены по взаимному согласию с обязательным составлением письменного документа.

10.4. Условия исполнения Договора между сторонами применимы к отношениям, возникшим до заключения Договора.

10.5. Все уведомления и заявления Сторон в ходе исполнения настоящего Договора направляются в письменной форме по средствам факсимильной или электронной почты, либо почтой, заказным письмом с уведомлением, с последующим направлением оригинала. При этом Сторона-отправитель должна удостовериться в получении Стороной-адресатом направленного сообщения, предупреждения или заявления.

10.6. Вопросы, не урегулированные настоящим Договором, разрешаются в соответствии с законодательством Российской Федерации.

10.7. Все условия настоящего Договора являются существенными и подлежат обязательному исполнению Сторонами.



10.7. Перечисленные ниже документы образуют приложения к Договору и являются его неотъемлемой частью:

Приложение 1: «Направление на медицинское освидетельствование»

Приложение 2: "Информированное добровольное согласие",

Приложение 3 "Заявление на обработку персональных данных" и

Приложение 4: "Заявление о передаче данных третьей стороне".

Приложение 5: «Прейскурант»

## 11. МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

### ИСПОЛНИТЕЛЬ:

**ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»**

ИНН 7723356386, КПП 772301001

ОГРН 1057723005009

Адрес: 109390, г. Москва, ул. Люблинская,  
д. 37/1

Получатель платежа:

Департамент финансов города Москвы

(ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»

л/сч. 2605441000450925)

Р/с 406018102452530000002 в

ГУ Банка России по ЦФО к/с нет

БИК 044525000

КБК 054000000000000000137

Тел./факс (499) 178-35-05

### ЗАКАЗЧИК:

**ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»**

**Минздрава России**

Юридический адрес:

105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская  
д.70

Тел. (499) 464-21-50, (499) 603-72-25

Факс (499) 463-65-30

ИНН 7733108569 КПП 771901001

БИК 044525000

л./сч. 20736X73000, л./сч. 21736X73000,

л./сч. 22736X73000 УФК по г. Москве

(ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова»

Минздрава России), ГУ Банка России по

ЦФО

р./сч. 40501810845252000079

ОКПО 55246260 ОКТМО 45303000

Директор ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ"



С.Г. Копоров

М.П.

Главная медицинская сестра дирекции



Я.С. Габоян

Наименование организации  
№ и дата Договора

Филиал № \_\_\_\_\_  
(Наркологический диспансер № \_\_\_\_\_)  
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»  
Адрес: \_\_\_\_\_

**Направление  
на медицинское (наркологическое) освидетельствование  
врачом психиатром-наркологом**

\_\_\_\_\_ года рождения

(фамилия, имя, отчество)

Зарегистрированный (ая) по адресу:

\_\_\_\_\_ направляется для проведения медицинского осмотра врачом психиатром-наркологом, включающего в себя химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов и определение маркера злоупотребления алкоголем (CDT) с целью получения допуска к работе к наркотическим средствам, психотропным веществам, внесенным в список I и таблицу I списка IV перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, прекурсоров или культивируемым наркосодержащим растениям.

\_\_\_\_\_  
(должность сотрудника, выдавшего направление)  
(Ф.И.О.)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(подпись)



**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**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
«        » \_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_ (адрес места жительства гражданина либо законного представителя)  
даю 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, утвержденный приказом Министерства  
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. № 390н  
(далее – Перечень), для получения первичной медико-санитарной помощи/получения  
первичной медико-санитарной помощи лицом, законным представителем которого я являюсь  
(ненужное зачеркнуть) в **Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города  
Москвы "Московский научно-практический центр наркологии Департамента  
здравоохранения города Москвы"**  
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".

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.

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина)  
\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. медицинского работника)

«        » \_\_\_\_\_ г.  
(дата оформления)

Директору ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»  
С.Г. Копорову

**Заявление-согласие субъекта на обработку его персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт серии \_\_\_\_\_, номер \_\_\_\_\_, выданный \_\_\_\_\_ года, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю согласие ГКУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» (далее - *Оператор*), на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(е) телефоны), реквизиты полиса ОМС (ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью в медико-профилактических целях.

Для обработки в целях оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Оператором мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Оператора, в интересах моего обследования.

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение.

Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных.

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока. Согласие может быть отозвано мною в любое время на основании моего письменного заявления.



Директору ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»  
С.Г. Копорову

**Заявление-согласие субъекта на передачу его персональных данных и сведений,  
составляющих врачебную тайну третьей стороне.**

Я, \_\_\_\_\_, паспорт: \_\_\_\_\_, выданный  
\_\_\_\_\_ года, в соответствии  
с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» и ст. 13 ФЗ РФ от  
21.11.2011г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" даю  
согласие на передачу моих персональных данных, и сведений составляющих врачебную тайну,  
включающих:

*фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства,  
контактный(е) телефон(ы), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, а также  
заключение о результатах медицинского (наркологического) освидетельствования врачом  
психиатром-наркологом для обработки представителю работодателя в лице:*

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность)

Я также утверждаю, что ознакомлен с возможными последствиями моего отказа дать  
письменное согласие на их передачу.

" "

201\_г.

/

/

**ВЫПИСКА ИЗ ПРЕЙСКУРАНТА**  
платных услуг, оказываемых ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ"

№ п/п	Код услуги*	Наименование услуги	Стоимость, руб.	Место предоставления услуг
1	A09.05.008	Определение маркера злоупотребления алкоголем (CDT)	1 600,00	Все подразделения ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ" в соответствии с лицензией
<b>Химико-токсикологические исследования</b>				
<i>Предварительные химико-токсикологические исследования</i>				
2	A09.28.055.001	Химико-токсикологические исследования наличия в организме человека 10 групп наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (предварительные) методом иммунохроматографического анализа (тестирование)	1 200,00	Наркологические диспансеры №№ 1-10, Химико-токсикологическая лаборатория
<b>Медицинское наркологическое освидетельствование (осмотр) врачом психиатром-наркологом*</b>				
3	B01.036.001	Медицинское (наркологическое) освидетельствование врачом психиатром-наркологом на право пользования оружием, управления автотранспортными средствами, предварительные и периодические медицинские осмотры граждан и другие (наркологические) освидетельствования	800,00	Наркологические диспансеры №№ 1-10

**ИСПОЛНИТЕЛЬ:**

Директор ГБУЗ "МНПЦ наркологии ДЗМ"



М.П.

С.Г. Копоров

**ЗАКАЗЧИК:**

Заместитель генерального директора по медицинской части



Я.С. Габоян