Главному врачу учреждения здравоохранения

«25-я городская детская поликлиника»

Можако А.А.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать платные медицинские услуги в учреждении здравоохранения «25-я городская детская поликлиника» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид платных медицинских услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

С перечнем предлагаемых услуг, тарифами и условиями оказания платных медицинских услуг ознакомлен (а), на заключение договора возмездного оказания медицинских услуг согласен (согласна).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, Ф.И.О)

ДОГОВОР

возмездного оказания медицинских услуг

г. Минск «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_

Учреждение здравоохранения «25-я городская детская поликлиника», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача А.А. Можако, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», действующий (-ая) на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, а вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства по оказанию платных медицинских услуг ребенку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф,И,О,)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата рождения, именуемому в дальнейшем «Пациент», по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид медицинских услуг)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.2. Заказчик самостоятельно определяет необходимость и виды платных медицинских услуг, согласовывает с Исполнителем время и очередность приема Пациента.

1.3. Заказчик обязуется оплатить оказанные услуги в размере, порядке и сроки, установленные настоящим договором.

1.4. Оказание платных медицинских услуг по иммунопрофилактике осуществляется в следующем порядке:

- производится осмотр «Пациента» врачом-педиатром участковым либо врачом-педиатром по иммунопрофилактике, которые выдают заключение о возможности проведения вакцинации

- после получения заключения врача-педиатра «Заказчик» в тот же день производит оплату и обеспечивает явку «Пациента» для оказания медицинской услуги в день оплаты процедуры.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. ИСПОЛНИТЕЛЬ ОБЯЗАН:

2.1.1. обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, стоимости и условиях их оплаты, квалификации медицинских работников, режиме работы Исполнителя, наличии специального разрешения (лицензии) на право осуществления медицинской деятельности с указанием работ и услуг, составляющих вид лицензируемой деятельности, иной необходимой информацией.

2.1.2. оказать Пациенту по желанию Заказчика платные медицинские услуги в соответствии с требованиями, установленными законодательством и условиями настоящего договора;

2.1.3. выдать Заказчику документ (квитанцию) для оплаты стоимости медицинских услуг в соответствии с действующими прейскурантами цен;

2.1.4.осуществлять контроль качества оказания медицинских услуг;

2.1.5. в случае неявки Пациента на очередной сеанс курсового лечения уточнить причину в день неявки (по телефону).

2.2. ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО:

2.2.1. получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по договору. В случае непредставления либо неполного или неверного представления Заказчиком информации Исполнитель вправе приостановить исполнение своих обязательств по настоящему договору до получения необходимой информации.

2.2.2. отказаться от медицинского обслуживания Пациента, если:

Заказчик либо Пациент находятся в состоянии алкогольного, наркотического и токсического опьянения;

действия Заказчика либо Пациента угрожают жизни и здоровью других граждан;

Заказчик либо Пациент нарушает правила внутреннего распорядка для посетителей;

Заказчик не произвел оплату услуг, оказываемых Исполнителем.

2.2.3. сотрудничать при оказании медицинских услуг с другими медицинскими учреждениями и специалистами;

2.2.4. на уважительное отношение со стороны Заказчика и Пациента;

2.2.5. перенести ранее оговоренные дату и время приема, предварительно уведомив Заказчика, в следующих случаях:

отсутствие условий для проведения приема (авария, отключение в помещениях Исполнителя электричества, водоснабжения);

временного отсутствия специалиста по уважительным причинам и невозможности Исполнителя произвести его замену;

опоздания Пациента на прием более, чем на 15 минут от назначенного времени.

2.3. ЗАКАЗЧИК ОБЯЗАН

2.3.1. оплатить медицинские услуги в порядке и сроки, установленные в разделе 4 настоящего договора;

2.3.2. своевременно и в полном объеме информировать Исполнителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на ход исполнения договора:: предоставлять необходимые для оказания услуг документы и информацию о состоянии здоровья Пациента, в том числе об имеющихся противопоказаниях к применению лекарственных средств, аллергических реакциях, перенесенных ранее и наследственных заболеваниях, изменениях в состоянии здоровья Пациента, происшедших в ходе выполнения врачебных назначений, др.;

2.3.3. соблюдать Правила внутреннего распорядка для посетителей поликлиники;

2.3.4. обеспечивать явку Пациента для оказания медицинских услуг в установленные сроки и точно назначенное время;

2.3.5. обеспечивать выполнение Пациентом врачебных назначений в полном объеме и в строгом соответствии с рекомендациями врача;

2.3.6. информировать Исполнителя не позднее, чем за сутки, в случае невозможности выполнения платных медицинских услуг в согласованные Сторонами сроки.

2.4. ЗАКАЗЧИК ИМЕЕТ ПРАВО

2.4.1. на получение достоверной, доступной и полной информации о перечне оказываемых платных медицинских услуг, их стоимости и условиях оплаты, режиме работы Исполнителя;

2.4.2. получать своевременную и полную информацию от Исполнителя о состоянии здоровья Пациента, установленных при оказании услуг диагнозах заболеваний, а также рекомендациях по оздоровлению и лечению выявленных заболеваний.

3. КАЧЕСТВО УСЛУГ

3.1. Исполнитель гарантирует качественное оказание услуг, то есть выполнение составляющих услуги действий по методикам и со свойствами, соответствующими обязательным для подобных услуг требованиям, а также в соответствии с технологией, предусмотренной для применяемых при оказании услуг препаратов, материалов, инструментов, оборудования.

Осложнения и другие побочные эффекты медицинского вмешательства, возникающие вследствие биологических особенностей организма Пациента, вероятность которых используемые знания и технологии не могут полностью исключить, не являются недостатками качества услуг, если услуги оказаны с соблюдением всех необходимых требований Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

4. ЦЕНА УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

4.1. Стоимость услуг по настоящему договору устанавливается в порядке и на условиях, предусмотренных законодательством Республики Беларусь.

Сумма договора определяется исходя из стоимости оказанных медицинских услуг, на основании действующих на момент оплаты Прейскурантов цен, и стоимости материалов, необходимых для их оказания.

Сумма договора составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ белорусских рублей.

4.2. Оплата оказываемых по настоящему договору платных медицинских услуг производится в порядке 100% предоплаты.

4.3. Оплата оказываемых платных медицинских услуг производится путем перечисления Заказчиком денежных средств на расчетный счет Исполнителя в течение пяти банковских дней со дня подписания Сторонами настоящего договора.

Датой оплаты медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

4.4. В случае неявки Пациента для получения платной медицинской услуги без уважительных причин и предварительного информирования Исполнителя о невозможности получения медицинской услуги в согласованный сторонами срок, сумма оплаты Заказчику не возвращается.

При пропуске 2-х и более процедур при курсовом лечении (массаж, физиотерапевтические процедуры) без уважительных причин и предварительного информирования Исполнителя о невозможности получения процедур в согласованные сторонами сроки, процедуры считаются законченными и сумма оплаты возврату не подлежит.

4.5. Увеличение количества и видов оказываемых платных медицинских услуг оформляется дополнительными соглашениями. Дополнительные услуги Заказчик оплачивает дополнительно в соответствии с Прейскурантом цен Исполнителя, действующим на дату оказания услуги, в порядке согласно п. 4.2, 4.3 договора.

4.6. При нарушении Заказчиком сроков оплаты услуг в соответствии с пунктом 4.3., договор считается незаключенным и исполнению не подлежит.

4.7. При неоплате услуг Заказчиком в установленный срок по уважительным причинам и при наличии возможности у Исполнителя, платная медицинская услуга может быть оказана в согласованные сторонами сроки на условиях договора.

4.8. В случае неоказания, оказания услуг ненадлежащего качества, иных основаниях для возврата денежных средств Исполнитель возвращает Заказчику денежные средства в течение 5-ти банковских дней с момента предъявления требования.

4.9. Основанием, подтверждающим факт оказания медицинских услуг, является акт выполненных работ.

5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

5.2. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение(ненадлежащее исполнение) своих обязательств по настоящему договору, если при той степени заботливости и осмотрительности, какая от него требовалась по характеру выполняемых действий, он принял все меры для надлежащего исполнения обязательств, однако ожидаемый результат не был достигнут*.*

5.3. Исполнитель не несет ответственности за неисполнение либо ненадлежащее исполнение своих обязательств по настоящему договору, если Заказчик не сообщил сведения о состоянии здоровья Пациента, которые могут повлиять на результаты проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

5.4. Исполнитель несет ответственность за неисполнение (ненадлежащее исполнение) обязательств по настоящему договору, несоблюдение требований, предъявляемых к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Республики Беларусь, а также в случае причинения вреда здоровью и жизни Пациента.

5.5. При несоблюдении Исполнителем сроков оказания медицинских услуг Заказчик вправе по своему выбору:

назначить новый срок оказания услуги;

потребовать уменьшения стоимости предоставленной услуги;

потребовать исполнения услуги другим специалистом;

расторгнуть настоящий договор и потребовать возмещения убытков.

6. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

6.1. Ни одна из Сторон не несет ответственности за полное или частичное неисполнение своих обязательств по настоящему договору в случае, если это оказалось невозможным вследствие обстоятельств непреодолимой силы, по иным основаниям, предусмотренным действующим законодательством. К обстоятельствам непреодолимой силы относятся события чрезвычайного характера, возникшие после заключения настоящего договора, которые стороны не могли предвидеть, предотвратить либо оказать на них влияние разумными мерами (стихийные бедствия – пожар, землетрясения, наводнения, ураганы и т.п.; военные действия, массовые беспорядки; запретительные меры органов государственной власти и др.).

Сторона, для которой оказалось невозможным исполнение обязательств по настоящему договору вследствие обстоятельств непреодолимой силы обязана не позднее 3-х дней с момента их наступления и прекращения в письменной форме уведомить другую сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

7.1. Все спорные вопросы по настоящему договору или в связи с ним, возникающие между Сторонами, разрешаются путем переговоров.

Споры, не урегулированные путем переговоров, передаются на рассмотрение суда в порядке, предусмотренном законодательством Республики Беларусь.

8. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания, «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_ и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

8.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

8.3. Все изменения и дополнения к настоящему договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью договора.

8.4. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Республики Беларусь.

9. ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА СТОРОН**:**

«ИСПОЛНИТЕЛЬ»: «ЗАКАЗЧИК»:

Учреждение здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«25-я городская детская поликлиника» (Ф.И.О.)

220136, г. Минск, ул. Одинцова, 75 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

УНП 190497475, ОКПО 37626467 (адрес, место жительства)

в ЦБУ № 536 код BLBBBY2X Паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОАО «Белинвестбанк», г. Минск, код 739 (серия, №)

BY10BLBB36320190497475001001 выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(когда и кем выдан паспорт)

телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель: Пациент/Заказчик:

Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_А.А. Можако (подпись, инициалы, фамилия)