

ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Комунальне некомерційне підприємство «Стоматологічна поліклініка міста Чорноморська» Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області в особі директора Тютюнника Станіслава Івановича (далі – Поліклініка), яка діє на підставі Статуту, з однієї сторони,

та **Фізична особа**, яка звернулася до Поліклініки за отриманням платної медичної послуги (далі – Замовник), з другої сторони, які далі разом іменуються Сторони, а кожна окремо Сторона, уклали цей Публічний договір про надання платних медичних послуг (далі – Договір) про таке:

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Цей Договір визначає порядок і умови надання Поліклінікою платних медичних послуг Замовнику. Умови Договору є однаковими та обов'язковими для всіх Замовників.

1.2. Перелік та вартість медичних послуг, які можуть надаватися Поліклінікою за цим Договором, положення про платні послуги розміщуються на інформаційних стендах в кожному структурному підрозділі Поліклініки та/або на офіційному веб-сайті Поліклініки.

1.3. Договір укладається шляхом приєднання Замовника до запропонованого Поліклінікою Договору загалом та прийняття всіх умов Договору.

1.4. Свідченням повного та безумовного акцепту (прийняття) умов цього Договору, а також датою укладання Договору, є здійснення Замовником дій щодо оформлення, підтвердження та оплати обраних ним послуг.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

2.1. Поліклініка зобов'язується надати Замовнику обрані ним медичні послуги за затвердженими тарифами за усним або письмовим зверненням Замовника в установлені строки та порядку, визначеному цим Договором, а Замовник зобов'язується оплатити у порядку та на умовах, передбачених цим Договором, та прийняти надані медичні послуги.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

3.1. Поліклініка має право:

3.1.1 Отримувати від Замовника будь-яку інформацію, необхідну для виконання своїх зобов'язань за цим Договором.

3.1.2. Отримувати грошову винагороду за надання медичних послуг за цим Договором.

3.2. Замовник має право:

3.2.1. Отримувати від Поліклініки медичні послуги належної якості.

3.2.2. Обрати зручний спосіб для оплати послуг з тих, що пропонуються Поліклінікою.

3.2.3. На збереження таємниці про стан свого здоров'я, факт звернення про надання платних медичних послуг, інформації про діагноз, а також про відомості, одержані під час його медичного обстеження.

3.2.4. У разі виникнення претензій до якості надання послуги звернутися до керівника Поліклініки.

3.3. Поліклініка зобов'язана:

3.3.1. Надавати якісні платні медичні послуги Замовнику на умовах та в порядку, передбачених Договором та відповідно до встановлених законодавством вимог.

3.3.2. Використовувати для надання медичних послуг лікарські засоби та медичні вироби, що дозволені до застосування в Україні.

3.3.2. Забезпечити замовника інформацією, що включає відомості про місце надання послуг, режим роботи Поліклініки, перелік послуг із зазначенням їх вартості та строків виконання, про умови надання та отримання цих Послуг.

3.4. Замовник зобов'язаний:

3.4.1. Забезпечити Поліклініку достовірною інформацією про наявність протипоказань, алергій, хронічних захворювань, контактів з хворими, перенесених захворювань та іншою інформацією, що має або може мати істотний вплив на надання медичної послуги (в тому числі про прийом будь-яких терапевтичних препаратів, ліків, лікарських трав, мазей тощо).

3.4.2. Оплачувати вартість медичних послуг відповідно до умов договору.

4. ПОРЯДОК РОЗРАХУНКІВ ЗА ДОГОВОРОМ

4.1. Вартість кожної медичної послуги визначається відповідно до п. 1.2. Договору. У випадку надання декількох медичних послуг ціна договору визначається як сума наданих Замовнику платних медичних послуг.

4.2. Оплата медичних послуг здійснюється Замовником до їх надання на підставі рахунку-фактури. Внесення оплати за платну медичну послугу можливе шляхом:

4.2.1. здійснення оплати у готівковій формі в касу Поліклініки:

4.2.2. здійснення платежу за допомогою платіжної картки із використанням платіжного пристрою Поліклініки:

4.2.3. здійснення Замовником послуги платежу за допомогою банківського переказу на рахунок Поліклініки:

4.2.4. оплати через мережу Інтернет з використанням будь-яких платіжних сервісів за вибором Замовника за допомогою яких, є можливість оплатити вартість послуг.

4.3. Факт надання медичних послуг підтверджується відповідними актами здачі-приймання наданих послуг.

5. ПОРЯДОК НАДАННЯ ПЛАТНИХ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

5.1. Замовник послуги може бути записаний на надання платної медичної послуги особисто, по телефону або через мережу Інтернет. Надання платних медичних послуг без попереднього запису можливо виключно у випадках відсутності попереднього запису на цей час інших Замовників. Дата та час надання кожної медичної послуги погоджується Поліклінікою та Замовником в усній формі.

5.2. Медичний працівник, який буде надавати конкретну медичну послугу, визначається відповідальним працівником з урахуванням виду послуги, навантаження та присутності на робочому місці.

6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

6.1. Сторони несуть відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов цього Договору відповідно до законодавства України.

6.2. Поліклініка несе відповідальність за якість медичних послуг, наданих за цим Договором, та вибір методів лікування відповідно до чинного законодавства.

6.3. Поліклініка не несе відповідальності за завдану шкоду здоров'ю Замовника або ненастання одужання Замовника у випадку, якщо останній порушив умови цього Договору чи законодавства.

7. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

7.1. У випадку виникнення спорів (розбіжностей) Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів та консультацій.

7.2. У разі недосягнення Сторонами згоди, спори (розбіжності) вирішуються у судовому порядку відповідно до законодавства України.

8. РЕКВІЗИТИ ПОЛІКЛІНІКИ

Комунальне некомерційне підприємство

«Стоматологічна поліклініка міста Чорноморська» Чорноморської міської ради
Одеського району одеської області

Юридична адреса: 68004, Одеська обл., одеський район, місто Чорноморськ, вулиця
Віталія Шума, будинок 9/101-Н

Код ЄДРПОУ: 02775142

IBAN: UA783282090000026001000007287

UA543282090000026007000014984

в Акціонерний банк «Південний»

**Додаток №1
до Договору**

**Заява на приєднання
до публічного договору про надання платних медичних послуг
(рахунок-фактура)**

1. Замовник (законний представник пацієнта):	2. Поліклініка: Комунальне некомерційне підприємство "Стоматологічна поліклініка міста Чорноморська" Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області Юридична адреса: 68004, Одеська обл., Одеський район, місто Чорноморськ, вулиця Віталія Шума, будинок 9/101-Н Код СДРПОУ: 02775142 IBAN: UA783282090000026001000007287 UA543282090000026007000014984 в Акціонерний банк «Південний»
Паспорт:	
Місце проживання:	
Телефон, електронна пошта:	

3. Замовник замовляє, а Поліклініка після надання документа, що підтверджує оплату, надає наступні медичні послуги:

№	Найменування послуги	Ціна однієї послуги, грн.	Дата надання послуги	Кількість послуг	Сума, грн.
Загальна вартість наданих медичних послуг, грн.					

4. Замовник, підписуючи дану заяву, погоджується з умовами надання послуг, умовами публічного договору про надання медичних послуг, ознайомлений(на) та повністю згоден(на), а також надає згоду на обробку персональних даних.

Підпис Замовника: _____

(ПІБ)

(Підпис)

(Дата)

Підпис уповноваженої особи Поліклініки,

яка прийняла Заяву на приєднання: _____

(ПІБ)

(Підпис)

Додаток 2
до Договору

Акт здачі-приймання наданих послуг № _____

« _____ » _____ 20 ____ р.

м. Чорноморськ

Комунальне некомерційне підприємство "Стоматологічна поліклініка міста Чорноморська" Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області в особі директора Тютюнника Станіслава Івановича (далі — Поліклініка), яка діє на підставі Статуту, з однієї сторони,

Та Фізична особа _____, яка проживає за адресою: _____ (далі – Замовник), з другої сторони, які далі разом іменуються Сторони, а кожна окремо – Сторона, склали цей Акт здачі-приймання наданих послуг до Публічного договору про надання медичних послуг, який підтверджує належне виконання умов Договору та надання нижченаведених послуг Поліклінікою:

№	Найменування послуги	Ціна однієї послуги, грн.	Дата надання послуги	Кількість послуг	Сума, грн.
Загальна вартість наданих медичних послуг, грн.					

Замовник підтверджує, що не має претензій та зауважень, стосовно кількості, обсягу та якості наданих медичних послуг, що зазначені у цьому Акті здачі-приймання наданих послуг, та приймає вищенаведені послуги.

Замовник підтверджує, що Поліклінікою дотримано всі умови Публічного договору про надання медичних послуг.

ПОЛІКЛІНІКА	ЗАМОВНИК
Комунальне некомерційне підприємство «Стоматологічна поліклініка міста Чорноморська» Чорноморської міської ради Одеського району Одеської області Юридична адреса: 68004, Одеська обл., місто Чорноморськ, вулиця Віталія Шума, будинок 9/101-Н Код ЄДРПОУ: 02775142	
Директор	

Станислав ТЮТЮННІК