ДОГОВОР №\_\_\_\_

**на оказание платных медицинских услуг**

« \_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. поселок Зубренёвка

 Учреждение образования «Национальный детский образовательно-оздоровительный центр «Зубренок», в лице заместителя директора по лечебно-оздоровительной работе Кишко Александра Павловича, действующего на основании доверенности № 32 от «30» декабря 2020 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается фамилия, имя, отчество одного из родителей ребенка полностью)*

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

Именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель обязуется оказать на платной основе медицинские услуги для заказчика и (или) направленных Заказчиком лиц (далее – пациенты) клиента (пациента) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в следующей объеме:

(*указывается фамилия, имя, отчество ребенка)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинских услуг | Количество | Цена,руб. коп. | Стоимость, руб. коп. |
|  | Оздоровительный комплекс №\_\_\_ | 1 | 215,00 | 215,00 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого: | 215,00 |

и по ценам согласно прейскуранту, а Заказчик обязуется принять и оплатить оказанные услуги в порядке, установленном настоящим договором.

1.2. Исполнитель назначает время проведения медицинских услуг.

 1.3. Количество пациентов, которым оказываются медицинские услуги: \_1\_\_ чел.

1.3. Услуги оказываются в соответствии с лицензией на право осуществления медицинской деятельности, выданной Министерством здравоохранения Республики Беларусь № 02040/3663 и действительной по «04» мая 2025г.

2. ЦЕНЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Общая сумма настоящего договора составляет 215 белорусских рублей. ( двести пятнадцать белорусских рублей ). Стоимость услуг, предоставляемых Заказчику, определяется на основании прейскуранта, утвержденного Исполнителем.

2.2. Оплата за оказанные медицинские услуги производится Заказчиком в порядке 100% предварительной оплаты на расчетный счет Исполнителя платежным поручением либо в кассу НДЦ «Зубренок». Основанием для оплаты является настоящий договор, который одновременно является протоколом согласования цены.

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. полностью информировать Заказчика и пациентов о предоставляемых медицинских услугах и возможных последствиях;

3.1.2. оказывать пациенту квалифицированные, качественные медицинские услуги в соответствии со стандартами, нормативными документами, действующими в системе здравоохранения Республики Беларусь.

3.2. Исполнитель имеет право:

3.2.1. в случае возникновения неотложных состояний самостоятельно определить объем и характер исследований, манипуляций, необходимых для оказания медицинской помощи, в том числе и непредусмотренных договором.

3.3. Пациент обязуется:

3.3.1. полностью изучить информацию о предстоящем лечении и его последствиях;

3.3.2. информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях и противопоказаниях, противопоказаний к применению процедур, а также  другую информацию;

3.3.3. точно выполнять рекомендации врача, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг, включая сообщение необходимых для этого сведений;

3.3.4. выполнять   все   требования медицинского персонала Исполнителя во время всего курса лечения;

3.3.5. соблюдать внутренний режим нахождения в медицинском отделении;

3.3.6. при  прохождении    курса    лечения  сообщать  лечащему  врачу   о любых изменениях самочувствия;

3.3.7. отказаться  на  весь  курс  лечения от употребления наркотиков и лекарств их содержащих, психотропных препаратов, алкоголесодержащих напитков;

3.3.8. согласовывать   с   лечащим   или   дежурным  врачом   употребление любых терапевтических препаратов, лекарств, лекарственных трав, мазей, и т.д.

3.4. Заказчик и пациент имеют право:

3.4.1. на предоставление информации о медицинской услуге;

3.4.2. требовать и получать услуги надлежащего качества;

3.4.3. до проведения лечения отказаться от получения медицинской услуги и получить обратно оплаченную сумму.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. Исполнитель не несет ответственности по настоящему договору в случае неисполнения Заказчиком условий Исполнителя.

4.2. В случае преднамеренного или непреднамеренного предоставления пациентом неверной информации, необходимой для принятия решения о лечении, невыполнение рекомендаций, а также нарушение графика осмотра и методики последующего лечения, Исполнитель не несет ответственности за конечный результат лечения.

4.3. В случае нанесения материального ущерба пациентом, он обязуется возместить его в полном объеме за счет собственных средств. Имущественную ответственность стороны несут в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

4.4. Во всех других случаях стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1. Все претензии по качеству медицинских услуг рассматриваются в обязательном порядке экспертной комиссией, созданной из числа представителей Исполнителя и Заказчика, и решаются по соглашению сторон.

5.2. В случае не разрешения споров, последние урегулируются в судебном порядке по месту нахождения Исполнителя.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения обязательств.

6.2. Настоящий договор составлен в двух экземплярах, имеющих равную юридическую силу, один экземпляр находится у Исполнителя, второй – у Заказчика.

7. Адреса и подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| ИсполнительНДЦ «Зубренок»222397 Республика Беларусь, Минская область, Мядельский район, поселок Зубреневка**р\с BY84AKBB36329061906456100000** в ОАО «АСБ Беларусбанк», БИК AKBBBY2Х. УНН 600098021 ОКПО 02704082.Тел. 22-6-62; 22-5-50; факс 22-7-84.Заместитель директора по лечебно-оздоровительной работе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.П.Кишком.п. | Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(фамилия, имя, отчество полностью)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(адрес, телефон пациента)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Заказчик\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(подпись) (инициалы, фамилия)* |