**ОБРАЗЕЦ ДОГОВОРА**

**(сумма комплекса оздоровительных услуг может меняться в зависимости от количества дней пребывания в центре)**

**ДОГОВОР №\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

поселок Зубреневка «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г.

Учреждение образования «Национальный детский образовательно-оздоровительный центр «Зубренок», в лице заместителя директора по лечебно-оздоровительной работе Кишко Александра Павловича, действующего на основании доверенности № 2 от 04.01.2016 года, именуемое в дальнейшем «Исполнитель», с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя отчество полностью)

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

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Исполнитель берет на себя ответственность оказать Пациенту на платной основе следующие медицинские услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинских услуг | Количество | Цена, руб. | Стоимость, руб. |
| 1 | Комплекс « Оздоровление» | 1 |  | 155,95 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Итого: ??? | | | |  |

по ценам согласно прейскуранту, а Пациент обязуется оплатить данный вид услуги в порядке, установленном настоящим договором.

1.2. Исполнитель самостоятельно назначает время проведения медицинских услуг.

1.3. Услуги оказываются в соответствии с лицензией Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

2. ЦЕНЫ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

2.1. Общая сумма настоящего договора составляет \_\_155,95\_\_\_(\_Сто пятьдесят пять рублей девяносто пять копеек) бел.рублей. Стоимость услуг, предоставляемых Пациенту, определяется на основании прейскуранта, утвержденного Исполнителем.

2.2. Оплата за оказанные медицинские услуги производится Пациентом в порядке 100% предварительной оплаты в кассу НДЦ «Зубренок» наличными денежными средствами или безналичным перечислением на расчетный счет НДЦ «Зубренок».

3. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

3.1. Исполнитель обязуется:

3.1.1. полностью информировать Пациента 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 и в срок, оговоренный в договоре.

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.

3.3.9. произвести оплату услуг в порядке и размере согласно прейскурантам.

3.4. Пациент имеет 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 Пациентом 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 НДЦ «Зубренок» Заказчиком, 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 Пациента, 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 Пациента.

7. Адреса и подписи сторон:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель НДЦ «Зубренок» 222401 Республика Беларусь, Минская область, Мядельский район, поселок Зубреневка, р\с 3632906190645 в ЦБУ № 619 в г. Мяделе филиала № 601 в г. Молодечно ОАО «АСБ Беларусбанк», код МФО 153001769.  УНН 600098021 ОКПО 02704082.  Тел. 22-5-50; 22-6-62; факс 22-7-84.  Заместитель директора по ЛОР  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ А.П. Кишко  м.п. | Пациент (законный представитель несовершеннолетнего) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес, телефон пациента  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспорт серии \_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кем, дата выдачи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) (Ф.И.О.) |