Договор № \_\_\_\_\_

об оказании платных медицинских услуг

|  |  |
| --- | --- |
| г. Минск | "\_\_\_​" \_\_\_\_\_\_\_\_​ \_\_\_\_\_\_\_\_​ г. |

Государственное учреждение «Медицинская служба гражданской авиации», именуемое в дальнейшем Исполнитель, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего (-ей) на основании доверенности от \_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_​, с одной стороны и гражданин \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_​\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Ф.И.О.)*, именуемый в дальнейшем Заказчик, с другой стороны, а вместе именуемые Стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем.

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать на платной основе Заказчику медицинские услуги, которые определяются медицинским персоналом в соответствии с медицинскими показаниями, общим состоянием здоровья Заказчика, желанием Заказчика, требованиями законодательства и техническими возможностями Исполнителя. Заказчик уплачивает Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере согласно расчету, прилагаемому к договору.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения структурных подразделений, самостоятельно назначает время и очередность приема Заказчика, определяет необходимость и сроки, виды оказания медицинских услуг, применяемые лекарственные средства, изделия медицинского назначения и расходные материалы.

1.3. Заказчик настоящим подтверждает, что ему предоставлена в доступной форме информация о возможности получения соответствующих видов и объемов услуг, что он ознакомлен с прейскурантом на платные услуги и согласен на их оказание Исполнителем.

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, стоимости и условиях их оплаты, квалификации медицинских работников (врачей-специалистов), режиме работы учреждения, а также иные необходимые сведения.

2.1.2. своевременно и качественно оказывать Заказчику медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора в соответствии с требованиями законодательства.

2.1.3. обеспечивать своевременное рассмотрение претензий, связанных с исполнением настоящего Договора;

2.1.4. контролировать качество и своевременность оказания медицинских услуг;

2.1.5. не разглашать без согласия Заказчика информацию о состоянии его здоровья, оказываемых ему медицинских услугах и другие конфиденциальные сведения о Заказчике (за исключением случаев, предусмотренных законодательством Республики Беларусь).

2.2. Исполнитель имеет право:

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

2.2.2. требовать своевременной и полной оплаты Заказчиком медицинских услуг.

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. представить Исполнителю необходимые документы и информацию для оказания услуг (сведения о состоянии здоровья, аллергических реакциях на лекарственные средства и т.д.), которые могут повлиять на ход оказания медицинских услуг;

2.3.2. своевременно и в полном объеме произвести оплату медицинских услуг;

2.3.3. соблюдать правила внутреннего распорядка, принятых у Исполнителя;

2.3.4. своевременно информировать Исполнителя об обстоятельствах, которые могут повлиять на исполнение настоящего Договора.

2.4. Заказчик имеет право на получение от Исполнителя информации о медицинских услугах.

3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость услуг по настоящему договору определяется в соответствии с их объемом, определяемым по результатам оказания медицинской услуги, и стоимостью согласно Прейскурантам. Оплата медицинских услуг производится путем списания денежных средств с карт-счета Заказчика либо производится в любом банке или почтовом отделении Республики Беларусь. Заказчик обязан предъявить документ, подтверждающий оплату.

3.2. Заказчик осуществляет предоплату за медицинские услуги в размере 100% от стоимости оказываемых услуг исходя из цен действующих прейскурантов Исполнителя. При невозможности до начала оказания услуг определить их объем Заказчик производит оплату по факту оказания медицинских услуг. Оплата считается произведённой при поступлении денежных средств на расчётный счёт Исполнителя.

3.3. Основанием, подтверждающим факт оказания платных медицинских услуг, является выдача заключения или справки о состоянии здоровья установленной формы или иного медицинского документа, предусмотренного законодательством.

4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае представления Заказчиком недостоверной информации по настоящему Договору, необходимой для оказания медицинских услуг, невыполнения рекомендаций специалистов Исполнителя Исполнитель не несет ответственности за конечный результат оказанных медицинских услуг.

4.2. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору, стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством Республики Беларусь.

5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Споры между Заказчиком и Исполнителем по исполнению настоящего договора разрешаются по согла­шению сторон или в судебном порядке в соответствии с законодательством Республики Беларусь.

6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и действует до момента исполнения сторонами обязательств по настоящему договору.

7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

|  |  |
| --- | --- |
| Исполнитель | Заказчик |
| Государственное учреждение «Медицинская служба гражданской авиации»220007, г. Минск, ул. Воронянского, 50/3-1нр/с BY12AKBB36329662650095400000в ЦБУ № 527 ОАО «АСБ Беларусбанк»г. Минск, ул. Воронянского 7А BIC AKBBBY2XУНН 190421724 ОКПО 37590031Тел./факс 343 00 98 | Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Адрес, тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Паспорт (серия, номер, дата выдачи, кем выдан)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Идентификационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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