

## ДОГОВОР №

возмездного оказания медицинских услуг

\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

г. Минск

Учреждение здравоохранения "10-я городская поликлиника", именуемое в дальнейшем "Исполнитель", в лице главного врача Цобкало Светланы Ивановны, действующей на основании Устава, и гражданин(ка): \_\_\_\_\_, именуемый в дальнейшем "Заказчик", действующий на основании собственного волеизъявления, с другой стороны, заключили настоящий договор о нижеследующем:

### I. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1 Исполнитель на основании обращения Пациента обязуется оказать ему медицинские услуги (далее медицинские услуги), а Пациент обязуется оплатить их в размере, порядке и в сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Срок оказания платной медицинской услуги - в течение года с момента заключения договора.

### 2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

#### 2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. обеспечить Пациента 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 Исполнителя, иной необходимой информацией для получения платных медицинских услуг;

2.1.2. оказать платные медицинские услуги, предусмотренные подпунктом 1.1. настоящего Договора;

2.1.3. не разглашать врачебную тайну Пациента, за исключением случаев, предусмотренных законодательством.

#### 2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. получать от Пациента любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредоставления либо неполного или недостоверного предоставления Пациентом информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до предоставления необходимой информации либо отказаться от оказания медицинских услуг и расторгнуть договор в одностороннем порядке;

2.2.2. сотрудничать при оказании услуг по настоящему Договору с иными медицинскими учреждениями и специалистами.

#### 2.3. Пациент обязан:

2.3.1. оплатить стоимость платных медицинских услуг в порядке и на условиях настоящего Договора;

2.3.2. предоставить Исполнителю необходимые документы и информацию (сведения о состоянии здоровья пациента, аллергических реакциях на лекарственные средства и т.д.), которая необходима или может повлиять на ход выполнения медицинских услуг;

2.3.3. соблюдать правила внутреннего распорядка, принятые у Исполнителя;

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

### 3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Сумма договора составляет \_\_\_\_\_,

в том числе:

Отделение, в котором оказана услуга	Полное наименование услуги	Количество услуг	Цена одной услуги	Стоимость

3.2. Пациент осуществляет предоплату за медицинские услуги в размере 100 процентов.

3.3. Датой оплаты медицинских услуг считается день зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя или день внесения денежных средств в кассу Исполнителя.

3.4. Основанием, подтверждающим факт оказания платных медицинских услуг, является «Медицинская карта амбулаторного больного».

3.5. Сумма договора определяется исходя из стоимости оказанных медицинских услуг на основании действующих на момент оказания услуг прейскурантов и стоимости материалов и медикаментов, необходимых для их оказания.

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

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

4.2. При несоблюдении по вине Исполнителя обязательств по срокам исполнения платных медицинских услуг Пациент по своему выбору имеет право:

- дать согласие на новый срок оказания платных медицинских услуг;
- потребовать исполнения платной медицинской помощи другим специалистом;
- расторгнуть договор и потребовать возврата оплаченных за медицинские услуги денежных средств.

4.3. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, таких, как пожар, наводнение, землетрясение, и другие стихийные бедствия, забастовки, война и военные действия или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после заключения Договора, а также по иным основаниям, предусмотренным законом. Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.4. Сторона, для которой сделалось невозможным исполнение обязательств по Договору, обязана не позднее 15 дней с момента наступления обстоятельств, препятствующих выполнению обязательств, в письменной форме уведомить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращении вышеуказанных обстоятельств.

## 5. РАЗРЕШЕНИЕ СПОРОВ

5.1. Стороны будут стремиться к разрешению всех возможных споров и разногласий, которые могут возникнуть по Договору или в связи с ним, путем переговоров.

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

## 6. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

6.1. Договор вступает в силу с момента подписания и действует до полного исполнения Сторонами своих обязательств.

## 7. ИНЫЕ УСЛОВИЯ

7.1. Все изменения и дополнения к Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемой частью Договора.

7.2. Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из сторон.

## 8. АДРЕСА, РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Исполнитель

Учреждение здравоохранения  
«10-я городская поликлиника»  
220019, г. Минск, ул. Сухаревская, 19  
тел. 314 33 68, 314-33-62  
р/с BY59BL36320191121993001001 в  
ЦБУ №536 г. Минск  
ОАО «Белинвестбанк»,  
код VLBBVY2X  
УНП 19112199 ОКПО 378714515000

Заказчик

Главный  
врач

(подпись)  
Цобкало С.И.

(подпись)

Заявление.

Прошу оказать мне услуги:

ФИО \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_