

**ДОГОВІР № \_\_\_\_\_\_**

# **ПРО НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

**( спостереження вагітності )**

**м.Львів “\_\_\_”\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 р.**

**Товариство з обмеженою відповідальністю Клініка репродукції людини “АЛЬТЕРНАТИВА”** (місцезнаходження: 79015, Україна, місто Львів, вулиця Героїв УПА, 73, ідентифікаційний код юридичної особи – 35968446, Ліцензія МОЗ України АЕ № 459323 від 07 серпня 2014 року)**,** в особі директора Палиги Ігоря Євгеновича, що діє на підставі Статуту, надалі за текстом цього Договору – **Медичний центр**, та

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

*прізвище, ім’я, по-батькові*

громадянка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживає: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*громадянство країна, область, район*

місто (селище, село) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вулиця \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ будинок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, реєстраційний номер облікової картки платника податків за даними ДРФО: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, паспорт серії \_\_\_\_\_\_, № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ “\_\_\_” \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ року, надалі за текстом цього Договору - **Пацієнт**,

які надалі разом за текстом цього Договору - Сторони, а кожен окремо – Сторона,

уклали цей Договір про наступне:

1. **Предмет Договору**
   1. В порядку та на умовах, визначених цим Договором, **Медичний центр** зобов’язується за погодженням та дорученням **Пацієнта** здійснити медичне обслуговування **Пацієнта**, а саме: диспансерний нагляд вагітності, а **Пацієнт** зобов’язується дотримуватися умов цього Договору, рекомендацій та вказівок **Медичного центру**, а також **Пацієнт** зобов’язується оплатити **Медичному центру** за надані послуги.
   2. Медичні послуги, що передбачені п.1.1. Договору, надаються диспансерно. Медичні послуги надаються **Медичним центром** (його медичним персоналом), з використанням власного медичного обладнання та засобів і матеріалів, законодавчо дозволених до використання у медичній практиці.
   3. Обсяг медичного обслуговування, що надається **Медичним центром Пацієнту** на виконання умов цього Договору визначається Переліком медичних послуг, які надаються **Медичним центром** при диспансерному нагляді вагітності (надалі – Перелік), який є невід’ємною частиною цього Договору.
2. **Ціна та порядок розрахунків**
   1. Вартість медичних послуг, що надаються за цим Договором становить **37.000 (тридцять сім тисяч, 00 коп.) гривень.**
   2. Валюта Договору - гривня. Оплата за Договором здійснюється у валюті Договору.
   3. **Пацієнт** сплачує **Медичному центру** за медичні послуги, визначені цим Договором, у наступному порядку:

* 100% ціни Договору – в момент підписання цього Договору.
* 50% суми в момент підписання цього Договору та 50% суми через 30 днів після першої проплати, згідно Додатку №2 (Графік здійснення платежів) до Договору про надання медичних послуг.
  1. Розрахунки за цим Договором здійснюються **Пацієнтом** в готівковій формі до каси **Медичного центру** або в безготівковій формі на поточний рахунок **Медичного центру.**
  2. Сторони дійшли згоди, що у випадку, коли **Пацієнт** не з’явилася в **Медичний центр** у визначений Сторонами час для здачі аналізів, проведення лабораторних обстежень, досліджень, консультації **Пацієнта** фахівцями **Медичного центру,** які зазначені у переліку, визначеному п.1.3. цього Договору, то, ці послуги вважаються наданими **Медичним центром** в повному обсязі та належним чином, та вартість цих послуг поверненню не підлягає **Пацієнтові**.
  3. Сторони дійшли згоди, що вартість медичних послуг за цим Договором є незмінною, незалежно від кількості проведених лабораторних обстежень, досліджень, консультацій **Пацієнта** фахівцями **Медичного центру,** оглядів, які визначені цим Договором, а також вартість медичних послуг за цим Договором не підлягає поверненню Пацієнту повністю чи частково, за винятком випадків, визначених п.4.4. цього Договору.
  4. Сторони дійшли згоди, що у разі здійснення патронажу за місцем проживання **Пацієнта**, **Пацієнтом** оплачується додатково вартість доїзду працівника **Медичного центру** у розмірі:
* у межах міста Львова – безкоштовно;
* смт Брюховичі, смт Винники, смт Рудно – 100,00 грн.;
* за межами міста Львова:

до 20 км – 200,00 грн.;

до 40 км – 400,00 грн.;

до 60 км – 600,00 грн.;

до 80 км – 800,00 грн.;

до 100 км – 1000,00 грн.

* 1. Патронаж за місцем проживання **Пацієнта** здійснюється за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  2. У разі зміни місця проживання **Пацієнта,** за якою здійснюється патронаж, **Пацієнт** повідомляє Медичний центр не пізніше 2-ох днів з моменту такої зміни.

1. **Права і обов'язки Сторін**
   1. **Медичний центр** зобов’язується:
      1. Надавати якісні та кваліфіковані медичні послуги відповідно до вимог та стандартів (нормативів), які встановлені до методів діагностики, лікування та профілактики, що дозволені МОЗ на території України.
      2. Належним чином інформувати **Пацієнта** про вартість, терміни надання медичних послуг.
      3. Забезпечити надання **Пацієнту** всіх передбачених цим Договором медичних послуг.
      4. Видавати **Пацієнту** передбачені чинним законодавством довідки та інші документи.
      5. Надавати **Пацієнту** медичну інформацію у межах і порядку, визначених чинним законодавством України.
   2. **Медичний центр** має право:
      1. Не починати (припинити, тимчасово припинити) процедуру надання послуг у плановому порядку у випадках:

* виявлення у **Пацієнта** під час обстеження патології, лікування якої не входить до зазначеного у Ліцензії МОЗ на здійснення медичної практики **Медичного центру** переліку ліцензійно дозволених видів лікування;
* відсутності оплати **Пацієнтом** вартості медичних послуг,у порядку та на умовах, визначених цим Договором.
  + 1. Достроково припинити надання **Пацієнтові** медичних послуг та розірвати цей Договір без повернення сплачених **Пацієнту** коштів та виплати будь-якої компенсації на користь **Пацієнта**, у разі:
* пропущення призначених прийомів у лікаря;
* свідомого невиконання медичних приписів і вказівок лікаря;
* не виконання **Пацієнтом** рекомендацій, призначень та заходів для збереження здоров’я матері та дитини.

У випадку, визначеному п.3.2.2. цього Договору, **Медичний центр** відповідальності за життя та здоров’я матері (**Пацієнта**) і дитини не несе.

* + 1. Відмовитися від подальшого ведення **Пацієнта** та достроково розірвати цей Договір при відмові **Пацієнта** від подальшого надання медичних послуг, та у випадках, передбачених п.3.2.2. цього Договору.
  1. **Пацієнт** зобов’язується:
     1. Своєчасно оплатити за надані **Медичний центром** медичні послуги у повному обсязі та у розмірі та у порядку, визначеному цим Договором.
     2. Своєчасно здійснювати заплановані візити до лікаря, сумлінно виконувати всі його приписи та рекомендації.

Сторони дійшли згоди, що у випадку порушення **Пацієнтом** зобов’язань, визначених цим пунктом Договору, **Медичний центр** відповідальності за життя та здоров’я матері (**Пацієнта**) і дитини не несе.

* + 1. Надати правдиві біографічні та адресні дані, та інформацію для анамнезу.
    2. Своєчасно з’являтися на всі призначені консиліуми, додаткові обстеження та огляди, у т.ч. комісійні та за участю фахівців провідних закладів охорони здоров’я.
    3. Ознайомитися з інформацією щодо сутності (споживчих властивостей), вартості та порядку надання медичних послуг та іншою інформацією, розміщеною у «Кутку споживача» **Медичного центру**.
    4. Проводити родорозрішення (процес народження дитини) виключно в стаціонарі медичного закладу (пологового будинку), який має право, згідно законодавства України, здійснювати такого роду діяльність, за участю лікарів відповідного медичного закладу (пологового будинку).

**Пацієнт** гарантує, що у разі невиконання ним вимог, визначених ч.1. п.3.3.6. цього Договору, всю відповідальність за усі можливі наслідки за такі дії (бездіяльність), які можуть виникнути (настати) в результаті таких дій (бездіяльності), **Пацієнт** нестиме самостійно.

Сторони дійшли згоди, що у випадку порушення **Пацієнтом** ч.1 п.3.3.6. цього Договору, **Медичний центр** відповідальності за життя та здоров’я матері (**Пацієнта**) і дитини не несе.

* + 1. Негайно повідомляти **Медичний центр** про погіршення свого самопочуття.

Сторони дійшли згоди, що у випадку порушення **Пацієнтом** зобов’язань, визначених цим пунктом Договору, **Медичний центр** відповідальності за життя та здоров’я матері (**Пацієнта**) і дитини не несе.

* + 1. Повідомити **Медичний центр** про своє поступлення у пологовий будинок (не пізніше 1 години з моменту поступлення) та з’явитися до **Медичного центру** не пізніше 3-4 тиждень після пологів.
  1. **Пацієнт** має право:
     1. Отримати у доступній формі повну та достовірну інформацію про вартість медичних послуг, умови їх надання **Медичним центром**, стан свого здоров’я та здоров’я своєї майбутньої дитини;
     2. Відмовитись від медичного обслуговування, що надається у відповідності до умов цього Договору.

1. **Відповідальність Сторін та особливі випадки**
   1. За невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором Сторони несуть відповідальність згідно з чинним законодавством України та умовами цього Договору.
   2. **Медичний центр** несе відповідальність перед **Пацієнтом** за невиконання чи неналежне виконання службових обов’язків медичним персоналом, недотримання вимог, що висуваються до методів діагностики та лікування, дозволених на території України у відповідності до чинного законодавства України.
   3. Медичне спостереження **Пацієнта** та надання медичних послуг **Пацієнту** здійснюють усі лікарі **Медичного центру**, тобто, у випадку, якщо на момент надання певної медичної послуги немає закріпленого за **Пацієнтом** лікаря, то обстеження (консультацію) **Пацієнта** проводить той лікар, прийом якого відбувається на момент надання медичної послуги.
   4. Сторони дійшли згоди, що **Медичний центр** повертає **Пацієнту** вартість медичних послуг у наступному розмірі, в наступному порядку та у наступних випадках:
      1. у випадку завмирання вагітності у період до 12 тижня, **Медичний центр** повертає **Пацієнту** кошти в розмірі **\_70\_ %** від сплачених **Пацієнтом** коштів за цим Договором;
      2. у випадку невиношування вагітності у період з 12 тижня до 21 тижня, **Медичний центр** повертає **Пацієнту** кошти в розмірі **30 %** від сплачених **Пацієнтом** коштів за цим Договором;
      3. у випадку передчасних пологів у період з 22 тижнів до 30 тижня 6 днів, **Медичний центр** повертає **Пацієнту** кошти в розмірі **10 %** від сплачених **Пацієнтом** коштів за цим Договором;

З моменту поступлення **Пацієнта** до будь-якого іншого закладу охорони здоров’я на стаціонарне лікування, в тому числі до пологового будинку та за період перебування **Пацієнта** у цих закладах, **Медичний центр** не несе відповідальності за життя та здоров’я матері (**Пацієнта**) та її майбутньої дитини;

* 1. **Медичний центр** не несе відповідальності без вини, а також за шкоду, заподіяну здоров’ю матері (**Пацієнта**) та її майбутньої дитини в результаті:
     1. неявки чи несвоєчасної явки **Пацієнта** на заплановані візити чи контрольні медичні огляди;
     2. дострокового розірвання Договору з ініціативи **Пацієнта**;
     3. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення **Пацієнтом** в анамнезі (анкеті) істотних відомостей про стан його здоров’я, у т. ч. наявність алергічних чи інших специфічних реакцій на медичні препарати, індивідуальне їх несприйняття, атипову побудову органів чи їх систем, наявність захворювань, які становлять загрозу для оточуючих та медперсоналу;
     4. недотримання **Пацієнтом** приписів та рекомендацій лікаря та медперсоналу;
     5. порушення **Пацієнтом** лікарняного режиму;
     6. прийняття **Пацієнтом** рішення щодо родорозрішення, яке суперечить ч.1 п.3.3.6. цього Договору.
  2. За порушення строків оплати **Пацієнт** сплачує неустойку у розмірі 0,1% від суми заборгованості за кожен день прострочення.
  3. Сторони не несуть відповідальності за невиконання або неналежне виконання умов цього Договору у разі виникнення особливих обставин з об’єктивних причин (форс-мажорних обставин), які Сторони не могли передбачити і що перешкоджають Сторонам виконати свої обов’язки за цим Договором.
  4. До форс-мажорних обставин Сторони відносять: стихійні лиха (бурі, циклони, повені, землетруси та інші природні та кліматичні явища); війну і воєнні дії, заколот, блокаду, масові заворушення, страйки, безпорядки та інші протиправні дії; технологічні фактори (відсутність електроенергії, пошкодження апаратури, аварії, пожежі та т. і.); дії, бездіяльність або акти державних органів, виконавчих органів влади та місцевого самоврядування, спрямовані на припинення або призупинення виконання дій за цим Договором, та перешкоджаючі нормальній діяльності Сторін, в тому числі, зміни в нормативній та законодавчій базі, яка регулює правовідносини Сторін цього Договору.
  5. Сторона, яка не може виконувати свої договірні відносини внаслідок обставин, зазначених у п.4.9. цього Договору повинна повідомити про це іншу сторону письмово, але не пізніше 10 календарних днів з дати їх виникнення, а також належним чином цей факт підтвердити.
  6. Якщо форс-мажорні обставини тривають більш одного місяця, кожна зі Сторін вправі розірвати цей Договір. При цьому жодна із Сторін не має права жадати від іншої сторони відшкодування можливих збитків.
  7. Усі суперечки щодо методів обстеження, медикаментів що призначаються, оплати, розкриття (надання) інформації вирішуються шляхом переговорів, проведення консиліумів, створенням комісій із фахівців, погоджених Сторонами.
  8. Досудове врегулювання спорів є обов’язковим для Сторін цього Договору.
  9. У випадку неможливості вирішення розбіжностей шляхом переговорів, спір підлягає розгляду у судовому порядку, встановленому законодавством України.

1. **Конфіденційність**
   1. Сторони відповідають за збереження повної конфіденційності, яка передбачає збереження **Медичним центром** у таємниці персоніфікованої інформації про **Пацієнта**, забезпечення збереження медичної таємниці та інших конфіденційних даних про **Пацієнта** (стан здоров’я, поставлений діагноз, назву та обсяг проведених медичних заходів, відомості про особисте та сімейне життя тощо), відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».
   2. **Медичний центр** зобов’язується обмежити доступ до конфіденційної інформації осіб, які не мають повноважень від самого **Пацієнта**, чи відповідно до положень чинного законодавства.
   3. Збереження конфіденційної інформації та заборона розкриття медичної таємниці має безстроковий характер.
   4. Сторони надали згоду на обробку, поширення та використання персональних даних, що містяться у цьому Договорі, додатках до нього, актах, що укладаються на його виконання, з метою належного виконання умов цього Договору та відповідно до чинного законодавства України. Доступ третім особам до персональних даних надається лише у випадках, прямо передбачених чинним законодавством України та/або за умови отримання письмової згоди суб’єкта персональних даних. Сторони засвідчують, що підписанням цього Договору вони є повідомленими про володільця персональних даних, склад та зміст зібраних персональних даних, права володільця персональних даних та осіб, яким передаються зазначені персональні дані.
   5. **Пацієнт** надає згоду на використання **Медичним центром** телефонного номера, адреси електронної пошти, для надіслання повідомлень медичного, інформаційного характеру, поштової адреси з метою інформування **Пацієнта**, здійснення зв'язку із **Пацієнтом**, надсилання повідомлень, текст яких може містити конфіденційну інформацію по відношенню до особи **Пацієнта**, стану його здоров'я, іншим чином бути пов'язаним з наданням послуг по даному Договору.
2. **Строк дії та інші умови цього Договору**
   1. Цей Договір набирає чинності з моменту підписання його Сторонами та діє до повного виконання обов’язків Сторін за цим Договором.
   2. Договір може бути достроково розірваний за взаємною згодою Сторін після виконання узгоджених Сторонами зобов’язань.
   3. Умови цього Договору мають однакову зобов’язуючу силу для обох Сторін і можуть бути змінені тільки за їх взаємною згодою та з обов’язковим складанням додаткового договору.
   4. Всі додатки до цього Договору, додаткові договори, заяви тощо є невід’ємною частиною цього Договору.
   5. Вся медична документація (медична картка, данні обстежень, аналізів, кардіограми та їх розшифровки, висновки спеціалістів, фотографії тощо), яка ведеться **Медичним центром** щодо **Пацієнта** є власністю **Медичного центру** і, відповідно, зберігається у нього.Ознайомлення **Пацієнта** (його представників) з такою документацією відбувається у спеціально облаштованому приміщенні та у присутності представника **Медичного центру,** у визначеному внутрішніми документами **Медичного центру** порядку.
   6. Усі правовідносини, що виникають у зв’язку з виконанням цього Договору і не врегульовані ним, регламентуються нормами чинного законодавства України.
   7. Цей договір складено у двох примірниках, які мають однакову юридичну силу, по одному для кожної Сторони.
3. **Місцезнаходження, банківські реквізити та підписи сторін**

**ПАЦІЄНТ: МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР:**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  місце проживання зареєстровано за адресою: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  контактні дані: тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пацієнтка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**  *(прізвище та ініціали, підпис)* | **Товариство з обмеженою відповідальністю Клініка репродукції людини «АЛЬТЕРНАТИВА»**  79015, м.Львів, вул.Героїв УПА, буд.73  Ідентифікаційний код – 35968446,  р/рUA08 383805 0000000026008475947, в ЛОД АТ «Райффайзен Банк Аваль»  МФО 380805  Тел. 032 232 77 83      *Директор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Палига І.Є./*    *М.П.*  *Лікуючий лікар \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/* |