

Публічний договір №1
про надання медичних послуг

м. Харків

редакція від 28 червня 2023 р.

Фізична особа-підприємець Московець Дмитро Олегович, що діє на підставі Виписки з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, в подальшому «Виконавець», з одного боку, та будь-яка фізична особа, яка своїми діями виявила намір приєднатися до цього Договору, іменована надалі «Замовник/Пацієнт», з іншого боку, разом іменовані «Сторони», керуючись ст. 633, 634 Цивільного кодексу України пропонує необмеженому колу осіб отримати платні медичні послуги наявних у Виконавця відповідно до положень цього Публічного договору (далі – Договір).

1. Загальні положення.

1.1. Цей Договір має характер публічної оферти відповідно до чинного законодавства України (ст. ст. 633, 641 Цивільного кодексу України). До цього Договору застосовуються також положення ст. 634 Цивільного кодексу України. Умови Договору є однаковими та обов'язковими для всіх Замовників (Пацієнтів), які замовляють медичні послуги передбачені Переліком платних медичних послуг.

Цим Договором визначаються порядок та умови надання Виконавцем кваліфікованих Послуг.

Даний Договір розміщений на сайті стоматологічної клініки за електронною адресою: <https://moskovetsdentalclinic.kh.ua/>, набирає чинності з дати його оприлюднення на сайті та діє до дати оприлюднення заяви про відкликання Договору з сайту.

Акцептування даної Публічної пропозиції здійснюється за адресою: м. Харків, вул. Римарська, 27, шляхом подання відповідної Заяви на приєднання до Публічного договору про надання медичних послуг (надалі - Заява на приєднання). До моменту укладення з конкретним Замовником, цей Договір має статус оферти Виконавця.

1.2. Свідченням повного та безумовного акцепту (прийняття) умов цього Договору, а також датою укладання Договору є підписання Замовником Заяви на приєднання та/або здійснення оплати Послуг.

1.3. Замовник гарантує, що він володіє цивільною дієздатністю, необхідною і достатньою для укладання та виконання цього Договору відповідно до його умов.

1.4. Виконавець підтверджує, що має всі необхідні дозволи на здійснення господарської діяльності з медичної практики пов'язаної з виконанням цього Договору, а також гарантує, що має законне право на проведення інших послуг, і несе відповідальність в разі порушення прав Замовника (Пацієнта) в процесі виконання Договору і надання Послуг.

1.5. Виконавець здійснює свою діяльність керуючись Цивільним кодексом України Законами України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про захист прав споживачів", "Про захист персональних даних", іншими нормативно-правовими актами, норми яких поширюються на діяльність медичних закладів, в тому числі щодо надання медичних послуг.

2. Визначення термінів:

Медична послуга – певна дія або сукупність дій, які здійснюються медичними працівниками Виконавця з метою діагностики, лікування, профілактики або реабілітації захворювань, патологій або інших патологічних станів які є у Пацієнта.

Пацієнт – особа до досягнення нею повноліття, яка отримує медичну допомогу (профілактичну, діагностичну, лікувальну) на умовах визначених цим Договором, в інтересах якої Замовником укладено цей Договір. Пацієнт може укласти договір самостійно у разі досягнення ним повної цивільної дієздатності відповідно до Закону.

Законний представник Пацієнта – є один з батьків (усиновлювачів) Пацієнта. У дітей сиріт законними представниками є патронатний виховател, прийомні батьки, батьки-вихователі дитячого будинку сімейного типу. Опікун є законним представником малолітньої дитини.

Замовник – Законний представник Пацієнта або інша особа, яка уклала Публічний Договір в інтересах Пацієнта.

Виконавець – Фізична особа-підприємець Московець Дмитро Олегович, місцезнаходження: 61013, м. Харків, в'їзд Будівельний-2, буд. 69, РНОКПП 3182706812, ліцензія на здійснення господарської діяльності з медичної практики АГ 603242, що видана згідно рішення Міністерством охорони здоров'я України № 33 від 14.09.2011 року.

Лікуючий лікар – лікар який надає медичні послуги Пацієнту визначений Виконавцем.

Інший медичний персонал – медичні працівники Виконавця, які надають медичні послуги Пацієнту.

Публічний Договір (Договір) – правочин, що регулює відносини між Виконавцем та Замовниками щодо надання платних медичних послуг на умовах, встановлених Виконавцем та цим Договором.

Момент укладення Договору – момент вчинення підтверджуючих дій.

Підтверджуючі дії – дії, що свідчать про згоду дотримуватися Договору та положень, викладених в цьому Договорі. Такими діями є підписання Замовником Заяви на приєднання або початок фактичного отримання медичних послуг або оплата рахунку за послуги, або усі перелічені дії разом чи декілька з них, чи інші дії встановлені законом.

3. Предмет договору

3.1. Виконавець зобов'язується на підставі усного або письмового звернення Пацієнта або за погодженням та дорученням Замовника надати Пацієнту платні медичні послуги, передбачені Переліком платних медичних послуг, у строк та на умовах, визначених цим Договором, а Пацієнт або Замовник зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги.

3.2. Перелік платних медичних послуг та вартість визначається в Додатку № 1 до цього Договору, який є невід'ємною частиною цього договору.

3.3. Медичні послуги надаються відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я та/або локальних протоколів медичної допомоги, затверджених у встановленому порядку.

3.4. Місце надання медичних послуг: м. Харків, вул. Римарська, 27.

3.5. Надання медичних послуг здійснюється відповідно до Інформованої добровільної згоди Пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення, яка оформлюється у встановленій законодавством України формі перед наданням першої медичної послуги та перед наданням медичних послуг, перелік яких визначається Виконавцем.

3.6. Виконавець не має права розголошувати третім особам інформацію про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторону життя Пацієнта, яка стала відома Виконавцю у зв'язку із виконанням цього Договору, крім випадків, передбачених законодавством України та іншими договорами, в тому числі добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я).

3.7. Кожна Сторона гарантує іншій Стороні, що володіє необхідною дієздатністю, а також всіма правами та повноваженнями на укладення й виконання умов Договору.

3.8. Цей Договір є договором приєднання згідно ст. 634 Цивільного кодексу України, а тому Замовник не може пропонувати свої умови для внесення до цього Договору або пропонувати змінити умови цього Договору.

3.9. Цей Договір, укладений з дотримання вказаних вище умов, вважається таким, що за правовими наслідками прирівнюється до договору, укладеного у письмовій формі.

3.10. Замовник укладаючи цей Договір на користь та в інтересах Пацієнта, чітко усвідомлює, що Виконавець надає медичну допомогу особам від 0 років.

3.11. Умови даного Договору в загальному порядку створюють та регулюють взаємні права та обов'язки між Замовником, Пацієнтом та Виконавцем при наданні медичних послуг останнім на умовах даного Договору та додатків до нього.

3.12. Підписанням Заяв(и) на приєднання та/або вчиненням інших підтверджуючих дій, Замовник беззастережно та безумовно приєднується до умов цього Договору або його частини, яка регулює порядок надання Послуг.

4. Ціна договору та порядок здійснення оплати

4.1. Вартість кожної медичної послуги визначається згідно Переліку платних медичних послуг на дату надання.

4.2. Замовник здійснює попередню оплату медичних послуг у розмірі 100% їх вартості, в день надання медичної послуги або початку надання медичної послуги одним із нижче наведених способів за вибором Замовника:

- шляхом здійснення оплати у готівковій формі в місцях прийому готівки у Виконавця;
- шляхом здійснення платежу за допомогою платіжної картки із використанням платіжного пристрою банку Виконавця;
- шляхом перерахування коштів на банківський рахунок Виконавця; - іншим способом не забороненим чинним законодавством України.

4.2. За домовленістю Сторін оплата вартості медичних послуг може бути здійснена на інших умовах, зазначених у Акті приймання-передачі наданих послуг. Сторони дійшли згоди, що складення Акту приймання-передачі наданих послуг є правом, а не обов'язком Сторін та він може складатися у разі оплати медичних послуг на інших умовах ніж 100% попередня оплата для фіксації найменування, обсягу та вартості таких послуг, а також підтвердження зобов'язання Замовника щодо їх оплати.

4.3. Замовник має право залучити до оплати медичних послуг за цим договором інших осіб, у т. ч. приватних спонсорів, інші організації.

4.4. Якщо, у процесі надання медичних послуг виникає потреба в їх корегуванні у бік збільшення, то додаткові медичні послуги, які перевищують об'єм послуг визначених відповідним переліком платних медичних послуг оплачуються додатково згідно затвердженого Переліку платних медичних послуг, що діє на дату надання відповідної медичної послуги. Про необхідність надання додаткових медичних послуг Виконавець зобов'язаний завчасно сповістити Замовника. При цьому Замовник має право відмовитися від додаткового лікування чи діагностики.

4.5. У випадках дострокового припинення відносин з Замовником (Пацієнтом) з ініціативи Замовника, чи через грубе або систематичне порушення Замовником та/або Пацієнтом умов цього Договору, сплачені за послуги Замовником кошти не повертаються незалежно від того скористався Пацієнт усім обсягом медичних послуг чи ні.

4.6. Валюта розрахунку для готівкового розрахунку за цим Договором є українська гривня.

4.7. Реквізити для здійснення платежу за безготівковим розрахунком наведено у розділі 12 цього Договору «Реквізити Виконавця».

4.8. Якщо Замовник порушує порядок та строки оплати, Виконавець має право на відшкодування збитків, а також може припинити або відмовити у наданні медичних послуг Пацієнту до сплати заборгованості.

5. Порядок надання та приймання-передачі послуг

5.1. Медичні послуги надаються працівниками Виконавця, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

5.2. До початку надання медичних послуг Лікуючий лікар або інший персонал повідомляє Пацієнту перелік, склад всіх медичних послуг, надання яких вважає доцільним, та в усній формі погоджує з Пацієнтом перелік всіх послуг, які будуть надані Виконавцем за призначенням цього Лікуючого лікаря.

5.3. Медичні послуги у можуть надаватися за попереднім записом, який здійснюється в електронній формі. Дата та час надання медичної послуги погоджується Виконавцем та Пацієнтом в усній формі.

5.4. На вимогу Виконавця Замовник, який звернувся для отримання медичних послуг та здійснює підтверджуючі дії відносно даної оферти Виконавця, зобов'язаний надати документи і відомості, необхідні для з'ясування його особи та фізичного стану Пацієнта. Замовник на вимогу Виконавця повинен надати інформовану добровільну згоду на проведення діагностики, лікування Пацієнта. У разі ненадання Замовником необхідних документів чи відомостей або умисного надання неправдивих відомостей щодо себе або Пацієнта, або у разі неявки з метою оновлення його ідентифікаційних даних, а також у випадку ненадання ним інформованої добровільної згоди на проведення діагностики, лікування чи на проведення операції або знеболення, Виконавець має право відмовити Замовнику (Пацієнту) в наданні послуг Пацієнту.

5.5. Дату та час надання кожної медичної послуги може бути змінено з ініціативи Замовника за погодженням з Виконавцем.

5.6. Дату та час надання кожної медичної послуги може бути змінено з ініціативи Виконавця, у разі:

- 5.6.1. Якщо стан здоров'я Пацієнта перед початком надання медичної послуги унеможливилює її надання або значним чином збільшує ризики виникнення ускладнень, загрози життю чи здоров'ю Пацієнта або інших тяжких чи негативних наслідків.
- 5.6.2. Виникнення обставин непереборної сили, які унеможливають надання медичної послуги Виконавцем.
- 5.7. Наявність обставин, передбачених підпунктом 5.6.1. цього Договору, встановлюється Виконавцем та повідомляється Замовнику.
- 5.8. Замовник підписанням Заяви на приєднання цього Договору підтверджує, що Виконавцем йому роз'яснено права та обов'язки, встановлені законодавством України.
- 5.9. Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється у випадках, в порядку та в строки, що передбачені законодавством України.
- 5.10. Якість наданих медичних послуг повинна відповідати вимогам законодавства України.
- 5.11. Послуги можуть бути надані в один день, при умові попереднього запису/медичних показань/технічної та фізичної можливості, або в різні дні, за бажанням Замовника та з урахуванням медичних показань, окрім медичних послуг, які передбачають триваліший період надання.
- 5.12. Послуги за цим Договором надаються за умови попередньої оплати медичних послуг у розмірі 100% їх вартості або їх оплати на інших умовах, зазначених в Акті приймання-передачі наданих послуг.
- 5.13. Медичні послуги вважаються за замовченням наданими Виконавцем належним чином і в повному обсязі та прийнятими Замовником одразу після їх надання без обов'язкового складення про це відповідних документів.
- 5.14. Після оплати вартості послуг Замовник отримає розрахунковий документ. По завершенню надання медичних послуг Замовник отримує медичну документацію відповідно до наданих послуг, що підтверджує факт отримання медичних послуг. Акт про надані медичні послуги може бути наданий Виконавцем за вимогою Замовника.
- 5.15. Дата та точний час надання медичних послуг визначається Виконавцем за погодженням із Замовником при особистому візиті.
- 5.16. Якщо в ході надання послуг за цим Договором, виникне необхідність у наданні додаткових медичних послуг, маніпуляцій, клініко-діагностичних досліджень за медичними показаннями, такі послуги замовляються додатково і оплачуються окремо.
- 5.17. На прохання Замовника, документи, які складено в електронному вигляді, можуть бути роздруковані та надані Пацієнту на паперових носіях.

6. Права та обов'язки Сторін

6.1. Пацієнт має право:

- 6.1.1. На отримання медичних послуг належної якості, обсягу та вартості зазначених в пункті 3.2. Договору.
- 6.1.2. Отримувати достовірну та повну інформацію про стан здоров'я, у тому числі ознайомлюватись з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я, які зберігаються у Виконавця.
- 6.1.3. Отримувати достовірну та повну інформацію про протипоказання, можливі ускладнення та ризики (в тому числі для життя та здоров'я), прогноз можливого розвитку захворювання при наданні медичних послуг.
- 6.1.4. Отримати у доступній формі повну та достовірну інформацію про мету запропонованих медперсоналом Виконавця (чи запрошеними спеціалістами) досліджень і лікувальних заходів, можливі ускладнення, що можуть виникнути в результаті лікування.
У передбачених чинним законодавством України особливих випадках інформація передбачена пунктами 6.1.2. – 6.1.4 Договору може бути обмежена Виконавцем.
- 6.1.5. На таємницю про стан здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні.
- 6.1.6. Відмовитися від подальшого лікування у будь-який момент, якщо це не призведе до погіршення стану здоров'я останнього.
- 6.1.7. Приєднатись до цього договору на запропонованих Виконавцем умовах.
- 6.2. Пацієнт зобов'язується:

- 6.2.1. Приймати надані Виконавцем належним чином медичні послуги, які є предметом даного Договору.
- 6.2.2. Забезпечити своєчасне прибуття до Виконавця для отримання медичних послуг.
- 6.2.3. Надати правдиві біографічні (персональні) та адресні дані свої, та інформацію для анамнезу (в тому числі про наявні алергічні реакції та/або протипоказання), які заносяться до медичної документації, у т. ч. анкет.
- 6.2.4. Підписати всі необхідні медично-правові документи.
- 6.2.5. Надавати оригінали чи копії документів, що містять інформацію про стан здоров'я Пацієнта, які необхідні Виконавцю для надання медичних послуг.
- 6.2.6. Прибути в місце надання медичних послуг в дату та час надання медичних послуг.
- 6.2.7. Сплатити вартість медичних послуг на умовах цього Договору до моменту надання медичних послуг.
- 6.2.8. негайно повідомляти Виконавця про виявлені недоліки в процесі отримання медичних послуг, які є предметом цього Договору, шляхом письмового звернення до Виконавця. В протилежному випадку Виконавець не несе відповідальності за негативні наслідки, які можуть мати місце в результаті неповідомлення/несвоєчасного повідомлення про такі недоліки.
- 6.2.9. Не розголошувати третім особам будь-яку інформацію, яка стала відома йому у зв'язку з укладенням та виконанням цього Договору, яка містить комерційну таємницю та (або) являється конфіденційною інформацією.
- 6.3. Виконавець зобов'язується:
- 6.3.1. Надати медичні послуги в обсязі оплаченому Пацієнтом.
- 6.3.2. Надати якісні та кваліфіковані медичні послуги відповідно до вимог та стандартів, які встановлені до методів діагностики, лікування та профілактики, що дозволені на території України.
- 6.3.3. Використовувати якісні лікарські засоби та вироби медичного призначення, дозволені для використання в Україні, при наданні медичних послуг.
- 6.3.4. Належним чином (повно та доступно) інформувати Пацієнта та/або Законного представника Пацієнта про мету, терміни надання медичних послуг, ефективність обраних методик, а також про можливі ризики та ускладнення під час та після їх застосування.
- 6.3.5. Дотримуватися абсолютної конфіденційності інформації про стан здоров'я Пацієнта, результати медичних обстежень та оглядів, сімейну сторону життя Пацієнта.
- 6.3.6. Видавати Пацієнтові та/або Законному представнику Пацієнта виписку з історії хвороби (медичної картки), довідки та інші документи, передбачені чинним законодавством.
- 6.3.7. Вести та зберігати медичну документацію і звітність відповідно до вимог законодавства України.
- 6.3.8. Повідомляти Пацієнта та/або Законного представника Пацієнта про зміни в цьому Договорі, його Додатках, Переліку платних медичних послуг та їх цін шляхом розміщення інформації на Сайті Виконавця.
- 6.3.9. Розглядати всі скарги та/або претензії Пацієнта та/або Законного представника Пацієнта, щодо якості медичних послуг, які є предметом даного Договору. Скарги та/або претензії можуть розглядатися Виконавцем із залученням медичних працівників відповідної кваліфікації, які є працівниками Виконавця, а також, за згодою Пацієнта та/або Законного представника Пацієнта, працівників інших закладів охорони здоров'я, які мають відповідну кваліфікацію.
- 6.3.10. Прийняти оплату за послуги визначені в пункті 3.2. цього Договору.
- 6.4. Виконавець має право:
- 6.4.1. Надавати Пацієнту медичні послуги належної якості в порядку та на умовах, визначених цим Договором.
- 6.4.2. Достроково розірвати даний Договір при відмові Пацієнта та/або Законного представника Пацієнта від подальшого надання медичних послуг Пацієнту та у випадках, передбачених цим Договором. В цьому разі сплачені Замовником кошти за послуги не повертаються.
- 6.4.3. В особливих випадках, передбачених чинним законодавством України, обмежувати надання Замовнику медичної інформації про Пацієнта, обмежити можливість ознайомлення з окремими медичними документами, в тому числі у випадку якщо повна інформація про хворобу Пацієнта може погіршити стан здоров'я або зашкодити лікуванню Пацієнта.
- 6.4.4. Вести та зберігати медичну документацію і звітність відповідно до вимог законодавства України.

6.4.5. Відмовити у наданні медичних послуг у разі порушення Замовником (Пацієнтом) умов цього Договору або недотримання рекомендацій Виконавця щодо подальшого лікування, профілактики тощо.

6.4.6. Відмовити у наданні медичних послуг при пред'явленні Замовником неповних та/або недостовірних даних про свою особу та/або про особу Пацієнта медичному персоналу Виконавця.

6.4.7. Отримувати, зберігати та використовувати інформацію про Замовника та Пацієнта відповідно до вимог законодавства України про захист персональних даних.

6.4.8. На відшкодування матеріальної шкоди заданої Пацієнтом та/або Замовником у разі пошкодження, знищення, втрати, викрадення майна Виконавця під час надання послуг за цим Договором.

7. Відповідальність сторін. Форс-мажор

7.1. За невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором, Сторони несуть відповідальність в порядку, передбаченому чинним законодавством України щодо відшкодування шкоди. Сторони не несуть відповідальності за порушення своїх зобов'язань за цим Договором, якщо воно сталося не з їх вини.

7.2. Перевірка дотримання Виконавцем умов цього договору щодо повноти та якості надання Послуг здійснюється в тому числі шляхом клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги і медичного обслуговування.

7.3. Виконавець не несе відповідальності за якість надання Послуг, у випадках порушення Замовником (Пацієнтом) цього Договору, в тому числі рекомендацій Виконавця щодо подальшого лікування, профілактики тощо.

7.4. Сторони звільняються від відповідальності за часткове або повне невиконання, або неналежне виконання своїх зобов'язань за цим Договором, якщо це невиконання стало наслідком дії обставин непереборної сили (форс-мажору), як то стихійні лиха, епідемії, воєнні дії, страйки, прийняття компетентними органами рішень тощо, що перешкоджають виконанню зобов'язань за цим Договором. Про дію обставин непереборної сили одна Сторона зобов'язана повідомити іншу протягом 3 днів із дня виникнення таких обставин. Дія обставин непереборної сили (форс-мажору) для Сторони підтверджується довідкою уповноваженого органу відповідно до встановленого законодавством України порядку.

8. Порядок вирішення спорів

8.1. У випадку виникнення спорів або розбіжностей Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів та консультацій.

8.2. У разі недосягнення Сторонами згоди спори (розбіжності) вирішуються у судовому порядку відповідно до законодавства України.

9. Строк дії Договору, внесення змін до нього та розірвання

9.1. Договір набирає чинності для конкретного Замовника з моменту вчинення ним однієї з підтверджуючих дій та діє до повного виконання сторонами своїх зобов'язань з урахуванням положень цього Договору.

9.2. Цей Договір публічно доводиться до відома усіх Замовників, шляхом його розміщення (оприлюднення) на Сайті Виконавця.

9.3. Виконавець самостійно та на виконання вимог чинного законодавства України визначає умови Договору. Виконавець самостійно має право змінити умови Договору з обов'язковим повідомленням про це Замовників на Сайті. У разі незгоди Замовника зі змінами, внесеними до Договору, такий Замовник має право розірвати Договір, протягом 7 (семи) календарних днів з дня, коли він дізнався чи міг дізнатися про внесені зміни до Договору, шляхом направлення чи особистого подання відповідної письмової заяви Виконавцю. Не розірвання Замовником Договору у вказаний строк та продовження отримання послуг свідчить про згоду Замовника зі змінами, внесеними до Договору.

9.4. Всі зміни до цього Договору публікуються на Сайті Виконавця та набувають чинності з моменту такої публікації.

9.5. Виконавець має право припинити дію цього Договору в односторонньому порядку, попередивши шляхом розміщення оголошення про це на своєму Сайті не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до такого припинення.

9.6. У випадку припинення дії цього Договору у порядку, передбаченому п. 9.5 Договору, Виконавець не звільняється від обов'язку надати послуги всім Замовникам, які внесли оплату за послуги, до відповідного направлення повідомлення про припинення дії цього Договору.

9.7. Медичні послуги надаються на умовах Договору, редакція якого була чинною на момент вчинення підтверджуючих дій.

9.8. Сторони можуть припинити договірні відносини достроково на умовах, передбачених чинним законодавством України та цим Договором.

9.9. Дія цього Договору може бути достроково припинена в наступних випадках:

- За ініціативою Замовника, шляхом письмового інформування Виконавця.
- За ініціативою Виконавця, у випадках передбачених цим Договором.
- За взаємною згодою сторін.

У вказаних в цьому пункті Договору випадках, кошти сплачені Замовником за оплачені послуги не повертається, а зобов'язання Виконавця вважаються повністю виконаними.

10. Конфіденційність

10.1. Сторони домовились про повну конфіденційність окремих положень цього Договору, яка передбачає збереження Виконавцем у таємниці інформації про персональні дані та стан здоров'я Пацієнта, забезпечення збереження лікарської таємниці, а також обставин надання медичних послуг.

10.2. Сторони домовились про безстроковий характер договірних умов відносно розкриття медичної таємниці та несанкціонованого доступу до конфіденційної інформації.

10.3. Кожна із сторін зобов'язана забезпечити сувору конфіденційність отриманої при виконанні договору інформації (технологічної, фінансової, комерційної та іншої) та вжити всі належні заходи по її нерозголошенню. Передача вказаної інформації будь-яким третім особам, її опублікування або розголошення іншими шляхами і засобами, може мати місце тільки за письмовою згодою Сторін, крім випадків передбачених законодавством України.

11. Заключні положення

11.1. Замовник зобов'язується на вимогу Виконавця надати для ознайомлення та зняття копій наступні документи: паспорт або інший документ, що посвідчує особу Замовника; свідоцтво про народження дитини; ідентифікаційний код Замовника.

11.2. З метою недопущення розкриття медичної таємниці, комерційної таємниці та (або) конфіденційної інформації, у приміщенні Виконавця відвідувачам забороняється аудіовізуальна фіксація за допомогою технічних засобів (аудіозапис, відео, фото зйомка, тощо) без дозволу Виконавця.

11.3. Отримання, обробка, зберігання та використання інформації про Замовника та Пацієнта, здійснюється Виконавцем відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

11.4. Приєднавшись до цього Договору Замовник надає свою згоду Виконавцю на зберігання, обробку та використання його та/або Пацієнта персональних даних, наданих при укладенні цього Договору, з метою створення бази клієнтів Виконавця, створення медичної документації, статистичних звітів та інших заходів, необхідних для виконання умов цього Договору, а також для контактування з Замовником.

11.5. Замовник надає згоду на використання Виконавцю контактних даних, які занесені в анкету чи медичну картку, Заяву на приєднання для надіслання повідомлень медичного, інформаційного та (або) рекламного характеру, текст яких може містити персональну та конфіденційну інформацію про Пацієнта. За письмовою заявою Замовника, контактні дані останнього виключаються зі списку адресатів для інформаційних та рекламних повідомлень.

11.6. Замовник розуміє і погоджується з тим, що вся інформація, яка розміщується на Сайті Виконавця носить лише інформаційно-рекомендаційний характер та не може використовуватися як медична документація, та як вказівка до лікування Пацієнта.

11.7. Акцептуванням даного Договору Замовник підтверджує, що ознайомлений та згоден із запропонованими умовами та методами лікування, особами медичних працівників які його здійснюватимуть, а також Переліком платних медичних послуг.

11.8. Листування, пов'язане з виконанням, зміною або розірванням даного Договору, здійснюється рекомендованими листами, телеграмами або за допомогою кур'єрського зв'язку із підписом Сторін.

11.9. Сторони несуть повну відповідальність за правильність вказаних ними реквізитів та зобов'язуються своєчасно в письмовій формі повідомляти іншу Сторону про їх зміну, а у разі неповідомлення несуть ризик настання пов'язаних з цим несприятливих наслідків.

11.10. Усі зміни до цього Договору вносяться шляхом затвердження Виконавцем нової редакції Договору.

11.11. Заяви на приєднання до цього Договору оформлюються в двох примірниках та набувають чинності з моменту підписання Замовником. Заяви на приєднання не потребують підписання з боку Виконавця. Форми Заяв на приєднання визначені в додатках до цього Договору.

11.12. Всі Додатки до цього Договору є його невід'ємною частиною:

Додаток No 1 – Перелік платних медичних послуг.

Додаток No 2 – Заява на приєднання.

Додаток No 3 – Інформована добровільна згода на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення.

Додаток No 4 – Акт приймання-передачі наданих послуг.

11.13. В заявах на приєднання до Публічного Договору про надання медичних послуг може визначатися додаткова інформація (спеціальні умови) обов'язкова для виконання Сторонами.

12. Реквізити Виконавця

Фізична особа-підприємець Московець Дмитро Олегович
місцезнаходження: 61013, м. Харків, в'їзд Будівельний-2, буд. 69
РНОКПП 3182706812

ліцензія на здійснення господарської діяльності з медичної практики АГ 603242, видана згідно рішення Міністерства охорони здоров'я України № 33 від 14.09.2011 року.

п/р: UA

в

МФО

тел. (050) 369-95-09

<https://moskovetsdentalclinic.kh.ua/>

Затверджено в чинній редакції наказом ФО-П Московець Дмитро Олегович № від 28 червня 2023 року.

ПЕРЕЛІК
платних медичних послуг

найменування послуг	орієнтовний термін надання послуг	вартість послуг, грн.

Додаток № 2 до Публічного договору про надання
медичних послуг № 1 в редакції від 28.06.2023 року

ЗАЯВА

на приєднання до Публічного договору про надання медичних послуг

1. Замовник (законний представник Пацієнта):

П.І.Б. _____
паспорт _____ виданий _____

місце проживання _____

РНОКПП: _____

ким Замовник є по відношенню до Пацієнта _____

засоби зв'язку: _____

2. Виконавець

Фізична особа-підприємець Московець Дмитро Олегович

місцезнаходження: 61013, м. Харків, в'їзд Будівельний-2, буд. 69

РНОКПП 3182706812

3. Підписанням цієї Заяви Замовник підтверджує, що зі змістом та умовами Публічного договору про надання медичних послуг № 1 в редакції від 28.06.2023 року, розміщеного на сайті Виконавця <https://moskovetsdentalclinic.kh.ua/> ознайомлений(на) та повністю згоден(на) та ця Заява є свідченням беззастережного прийняття Замовником публічної пропозиції Виконавця про приєднання до умов Публічного договору про надання медичних послуг № 1 в редакції від 28.06.2023 року.

4. Замовник визнає обов'язковість виконання усіх умов Публічного договору про надання медичних послуг № 1 в редакції від 28.06.2023 року з моменту підписання цієї Заяви на приєднання. Послуги передбачені Переліком платних медичних послуг Замовнику відомі та зрозумілі.

5. Шляхом підписання цієї Заяви на приєднання до Публічного договору про надання медичних послуг № 1 в редакції від 28.06.2023 року Замовник надає згоду Виконавцю на обробку своїх персональних даних і даних Пацієнта та доступ до персональних даних третіх осіб в тому числі внесення персональних даних до локальної інформаційної системи, яка функціонує у Виконавця, з метою надання медичних послуг, передбачених таким Договором. Замовник посвідчує, що йому роз'яснення про свої права, як суб'єкта персональних даних відповідно до ст.38 Закону України «Про захист персональних даних».

6. Замовник надає згоду Виконавцю на надсилання результатів лабораторних досліджень, діагностики та лікування, консультативних висновків лікарів, іншої запитуваної інформації про Пацієнта, що міститься в локальній інформаційній системі Виконавця, а також на електронну адресу та/або номер(и) телефону(ів) вказані вище.

7. Замовник підтверджує достовірність зазначених ним (чи записаних з його слів) вищевказаних даних та несе персональну відповідальність за достовірність та повноту наданих даних.

8. Замовник підтверджує, що не матиме претензій до Виконавця щодо розголошення лікарської таємниці/конфіденційної інформації у разі надсилання їх на вказані вище Замовником електронну адресу або номер(и) телефону(ів). Замовник підтверджує, що розуміє можливі ризики та несе персональну відповідальність за передачу доступу до електронної пошти або зазначеного(их) номеру(ів) телефону(ів) третім особам.

9. Замовник надає свою згоду на супроводження та перебування разом з Пацієнтом під час отримання медичних послуг у Виконавця наступних осіб та надання їм консультативних висновків лікарів, іншої медичної документації, що стосується моєї дитини і містить лікарську таємницю:

10. Особа Виконавця, яка прийняла Заяву на приєднання: _____

«__» _____ 20__ року

_____/_____

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

14 лютого 2012 року № 110

(у редакції наказу

Міністерства охорони здоров'я України

від 09 грудня 2020 року № 2837)

ФОРМА

первинної облікової документації № 003-6/о

**«Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики,
лікування та на проведення операції та знеболення
на присутність або участь учасників освітнього процесу»**

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого (якої) належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ										
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	Форма первинної облікової документації										
	№ 003-6/о										
Код за ЄДРПОУ	ЗАТВЕРДЖЕНО										
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											Наказ МОЗ України
	_____ 20__ року № _____										
	за погодженням з Держстатом										

1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ	
Я, _____, одержав(ла) у _____ (найменування закладу охорони здоров'я) інформацію про характер мого (моєї дитини) захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування. Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини). Я поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я. Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування. Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді. Інформацію надав лікар _____ «__» _____ 20__ року _____ (П. І. Б. (за наявності)) (дата) (підпис)	
Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування	«__» _____ 20__ року _____ (дата)
(підпис пацієнта (законного представника))	(підпис)

Продовження форми № 003-6/о

1.1. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про характер виявленого у мене (у моєї дитини) захворювання, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини)
(наявність/відсутність)

супутніх захворювань _____,
які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, що операція буде виконуватись за _____ показаннями.

(відносними/абсолютними)

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

— ,
виконання якої планується під знеболенням (необхідне позначити знаком «√» або «+»):

інфільтраційною регіонарною анестезією ☐

внутрішньовенною анестезією ☐

загальною анестезією з міорелаксацією т- штучною вентиляцією легень ☐

регіонарною (спинномозковою/епідуральною) анестезією ☐

комбінованою анестезією (загальною + регіональною). ☐

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено хід операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, я розумію, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я _____ згоду.

(даю / не даю)

Інформацію надав лікар, який
лікує або буде оперувати
мене (мою дитину)

_____ «__» _____ 20__ року _____
(П. І. Б. лікаря (за наявності)) (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-
анестезіолог

_____ «__» _____ 20__ року _____
(П. І. Б. лікаря (за наявності)) (підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливі їх наслідки. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на операцію і доручаю виконати її
_____ лікарю _____,
(даю / не даю) (П. І. Б. лікаря (за наявності))
_____ а знеболення _____, що підтверджую
(П. І. Б. лікаря (за наявності))
своїм підписом.

_____ «__» _____ 20__ року
(підпис пацієнта (законного представника)) (дата)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

**2. ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРИСУТНІСТЬ ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
ПРИ ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ
І НА УЧАСТЬ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
У ПРОВЕДЕННІ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ, ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися за присутністю здобувачів освіти у сфері охорони здоров'я, які проходять підготовку на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я (далі — здобувачі освіти)

Також я підтверджую, що отримав(ла) зрозумілу для мене інформацію про те, що діагностика, лікування, операція та знеболення мені (моїй дитині) можуть проводитися науково-педагогічними працівниками або за участі науково-педагогічних працівників, які працюють на клінічній кафедрі, що розміщена на базі закладу охорони здоров'я, і які відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам, затвердженим Міністерством охорони здоров'я України, отримали погодження керівника закладу охорони здоров'я на надання медичної допомоги (далі — працівники клінічної кафедри)

Інформацію надав завідувач
структурного підрозділу
закладу охорони здоров'я _____

(П. І. Б. лікаря
(за наявності))

«___» _____ 20__ року _____
(підпис лікаря)

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно присутності здобувачів освіти при проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на присутність здобувачів освіти при проведенні мені
(моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення, що

(даю / не даю)

підтверджую своїм підписом _____ «___» _____ 20__ року
(підпис пацієнта
(законного представника))

Підтверджую, що я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять стосовно участі працівників клінічної кафедри у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції та знеболення. У мене немає недовіри щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обміркування.

згоду на участь працівників клінічної кафедри _____
(П. І. Б. (за наявності))

у проведенні мені (моїй дитині) діагностики, лікування, операції
та знеболення, що

(даю / не даю)

підтверджую своїм підписом _____ «___» _____ 20__ року
(підпис пацієнта
(законного представника))

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законний представник) _____

м. Харків

«___» _____ 20__ року

АКТ
приймання-передачі наданих послуг

1. Виконавець надав, а Замовник (П.І.Б. _____ РНОКПП _____)
прийняв наступні медичні послуги:

найменування послуг	термін надання	вартість послуг, грн.
Загальна вартість		

2. Претензій щодо обсягу та якості медичних послуг відсутні.

3. Підписанням цього Акту Замовник бере на себе зобов'язання сплатити на користь Виконавця загальну вартість наданих послуг за цим Актом у термін до _____ року.

ЗАМОВНИК:

ВИКОНАВЕЦЬ:

_____/_____/

_____/_____/