

ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР
ПРО НАДАННЯ ПОСЛУГ З МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА
ПЛАТУ ВІД ЮРИДИЧНИХ І ФІЗИЧНИХ ОСІБ

м.Рівне

07 квітня 2025 року

Комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради в особі директора **Бойка Віталія Ярославовича**, що діє на підставі Статуту (далі - **Виконавець**), керуючись статтями 633, 641 Цивільного кодексу України, пропонує необмеженому колу фізичних та/або юридичних осіб, які звернулися до Закладу охорони здоров'я з метою отримання послуг (далі - **Замовник**), укласти цей Публічний договір про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб (далі - Договір) на таких умовах:

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Даний Договір має характер публічної оферти відповідно до чинного законодавства України (ст. 633, 641 Цивільного кодексу України). До цього Договору також застосовуються положення ст. 634 Цивільного кодексу України. Умови Договору є однаковими для всіх Замовників.

1.2. Умови Договору визначаються **Виконавцем** самостійно та відповідно до чинного законодавства України. Договір та/або його окремі положення можуть бути змінені **Виконавцем** з обов'язковим повідомленням **Замовника** шляхом опублікування відповідної інформації на вебсайті **Виконавця** або в іншому доступному для **Замовників** місці. Продовження користування платними послугами свідчить про згоду **Замовника** з внесеними до Договору змінами.

1.3. Укладенням цього Договору **Замовник** підтверджує, що він ознайомлений і погоджується з його умовами, а також з Переліком платних послуг і тарифами на них, що розміщені на вебсайті **Виконавця** або в іншому доступному для **Замовника** місці. Крім того, **Замовник** надає свою згоду на збір та обробку своїх персональних даних у порядку, визначеному чинним законодавством України.

Цей Договір є обов'язковим для виконання **Виконавцем** з моменту його оприлюднення на вебсайті **Виконавцем**, а для **Замовника** - з моменту акцепту Договору. Акцептування всіх істотних умов Договору здійснюється без підписання письмового примірника Договору сторонами.

Свідченням повного та безумовного акцепту (прийняття) умов цього Договору, а також датою його укладення, є здійснення Замовником підтверджувальних дій, зокрема:

- початок отримання платних послуг;
- оплата платних послуг.

2. ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

2.1. **Публічна оферта** - пропозиція **Виконавця**, адресована будь-якій фізичній та/або юридичній особі, укласти з ним Публічний договір про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб.

2.2. **Акцепт** - підтвердження **Замовника** повної та безумовної згоди укласти Договір з **Виконавцем** на умовах, що передбачені публічною офертою. Шляхом підписання відповідної заяви про приєднання до цього Договору.

2.3. **Виконавець** - Комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради.

2.4. **Замовник** - фізична та/або юридична особа, яка погодилася отримати платні послуги, передбачені Переліком платних послуг. (Додаток 1 до Положення про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб).

2.5. **Платна медична послуга** - послуга, яка надається **Виконавцем** **Замовнику** на умовах, встановлених цим Договором та Переліком платних послуг, що міститься на вебсайті **Виконавця**.

2.6. **Перелік платних медичних послуг** - перелік послуг, що надаються **Виконавцем** **Замовнику** за певну плату у грошовому вираженні, в обсязі, передбаченому цим Договором, який Замовник обирає самостійно.

2.7. **Вартість послуг (тариф)** - платіж, розмір якого встановлюється **Виконавцем** за надання певного обсягу медичних послуг для Замовника.

2.8. **Персональні дані** - відомості чи сукупність відомостей про фізичну чи юридичну особу, до яких належать прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, місце проживання, номери засобів зв'язку, а також інша інформація, яку **Виконавець** може використати з метою ідентифікації особи.

2.9. **Пацієнт** - фізична особа, яка звернулася до **Виконавця** за медичною допомогою або медичною послугою та якій така допомога або послуга надається.

2.10. **Добровільна згода пацієнта на отримання платної медичної послуги** - згода пацієнта або, у випадках, передбачених законодавством, його законного представника на отримання медичних послуг, що підтверджується фактом оплати за надання медичної послуги.

2.11. **Місце надання медичних послуг** - місце провадження **Виконавцем** господарської діяльності з медичної практики, в якому Замовнику надаються медичні послуги.

2.12. **Медична інформація** - інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження, у тому числі відповідні медичні документи, що стосуються здоров'я пацієнта.

2.13. **Медичне обслуговування** - діяльність підприємства у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується наданням медичної допомоги, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

2.14. **Якість медичної допомоги (медичної послуги)** - надання медичної допомоги (медичної платної послуги) та проведення інших заходів щодо організації її надання підприємством відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

2.15. **Медичний працівник** - працівник підприємства, який відповідно до чинного законодавства має право надавати медичні послуги та перебуває з підприємством у трудових відносинах.

2.16. **Стандарти медичної допомоги (медичної послуги)** - сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду або показники якості медичної послуги, що розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки та практики.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

3.1. Відповідно до умов цього Договору **Виконавець** зобов'язується надати якісні медичні послуги **Замовнику** на умовах та в порядку, передбачених цим Договором і підписаною останнім Заявою про приєднання, а **Замовник** зобов'язується прийняти та оплатити медичні послуги в порядку та на умовах, визначених цим Договором.

3.2. Перелік медичних послуг та умови їх надання визначаються Положенням про платні медичні послуги, а їхня вартість - згідно з тарифами на платні послуги (Додаток 1 до

Положення про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб), затвердженими Виконавцем.

3.3. Медичні послуги надаються відповідно до порядків надання медичної допомоги, затверджених Міністерством охорони здоров'я України, з обов'язковим дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

3.4. Місце надання послуг:

- комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради, м. Рівне, вул. Олександра Олеся, 12Б.

3.5. Медичні послуги надаються медичними працівниками **Виконавця**, які мають відповідну спеціальну освіту та відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

4. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

4.1. Виконавець має право:

4.1.1. Якщо інформація про хворобу **Замовника** може погіршити стан його здоров'я або зашкодити процесу лікування, **Виконавець** має право надати неповну інформацію про стан здоров'я **Замовника**, а також обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами.

4.1.2. Відмовити **Замовнику** в наданні платної послуги (або призупинити її надання) у випадках:

- виявлення у Пацієнта (**Замовника**) під час обстеження захворювань (патологій), методи лікування яких не входять до переліку дозволених видів медичної практики, зазначених у ліцензії Закладу охорони здоров'я;

- виявлення у Пацієнта (**Замовника**) під час обстеження протипоказань, що можуть суттєво вплинути на ефективність застосування обраного методу лікування;

- неприбуття Пацієнта (**Замовника**) без поважних причин у встановлені дату та час для отримання відповідної платної послуги;

- ненадання платної послуги у разі неповної оплати її вартості.

4.1.3. Достроково припинити надання послуги Пацієнту (**Замовнику**) у випадку порушення ним приписів лікуючого лікаря або умов цього Договору.

4.1.4. В односторонньому порядку змінити умови Договору та/або Тарифи на платні послуги, перелік яких наведений у Додатку 1 до **Положення про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб**, а також внести зміни в сам перелік платних послуг.

4.1.5. Відмовитися від надання платних послуг у разі порушення **Замовником** умов цього Договору.

4.2. Виконавець зобов'язаний:

4.2.1. Надавати **Замовнику** платні послуги належної якості в порядку та на умовах, визначених цим Договором.

4.2.2. Використовувати якісні лікарські засоби та вироби медичного призначення, дозволені для використання в Україні.

4.2.3. Належним чином (повно та доступно) інформувати **Замовника** про мету, терміни надання платних послуг, ефективність обраних методик, а також про можливі ризики та ускладнення під час та після їх застосування.

4.2.4. Дотримуватися конфіденційності інформації про стан здоров'я **Замовника**, результати медичних обстежень та оглядів.

4.2.5. Вести та зберігати медичну документацію і звітність відповідно до вимог законодавства України.

4.2.6. Повідомляти **Замовника** про зміни в цьому Договорі, його Додатках, Прейскуранті цін шляхом розміщення інформації на вебсайті Закладу охорони здоров'я.

4.2.7. Приймати оплату за послуги відповідно до умов Договору.

4.2.8. У разі ненадання послуги Заклад охорони здоров'я зобов'язується повернути кошти **Замовнику** згідно із заявою на повернення коштів.

4.3. Замовник має право:

4.3.1. На лікарську таємницю, за винятком випадків, передбачених законодавством.

4.3.2. Має право на таємницю щодо свого стану здоров'я, факту звернення за медичною допомогою, діагнозу, а також відомостей, отриманих під час медичного обстеження.

4.3.3. Отримувати достовірну та повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі ознайомлюватися з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я та зберігаються у **Виконавця**.

4.3.4. Відмовитися від укладеного Договору до початку його фактичного виконання **Виконавцем** за письмовою заявою.

4.3.5. Отримувати достовірну та повну інформацію про протипоказання, можливі ускладнення та ризики (зокрема, для життя та здоров'я), а також прогноз можливого розвитку захворювання при наданні платних послуг.

4.3.6. У випадку, якщо **Замовник** не отримав оплачену послугу, він має право подати заяву на повернення коштів, у якій в обов'язковому порядку повинні бути зазначені такі реквізити:

- Назва установи банку
- МФО банку
- Отримувач платежу (ПІБ)
- IBAN (UA...)
- РНОКПП (ідентифікаційний код отримувача)

У разі відсутності цих відомостей у заяві **Замовника**, **Виконавець** не гарантує повернення коштів.

4.4. Замовник зобов'язаний:

4.4.1. Приймати належним чином надані Закладом охорони здоров'я платні послуги, які є предметом цього Договору.

4.4.2. До початку надання платних послуг надати правдиві біографічні (персональні) та адресні дані, а також повідомити про всі відомі хвороби, вади, алергічні чи специфічні реакції на лікарські засоби та продукти харчування, а також іншу суттєву інформацію про стан свого здоров'я. Ці дані заносяться до медичної документації.

4.4.3. Надавати оригінали чи копії документів, що містять інформацію про стан свого здоров'я, необхідні **Виконавцю** для надання платних послуг.

4.4.4. Підписати від імені та в інтересах Пацієнта всі необхідні медико-правові документи.

4.4.5. Неухильно дотримуватися усних чи письмових приписів і рекомендацій лікарів **Виконавця**, у тому числі плану лікування.

4.4.6. Здійснити оплату вартості платних послуг на умовах цього Договору до моменту їх надання.

4.4.7. Повідомляти **Виконавця** про виявлені недоліки в процесі отримання платних послуг, які є предметом цього Договору, шляхом письмового звернення до **Виконавця**.

У разі неповідомлення або несвочасного повідомлення про такі недоліки Заклад охорони здоров'я не несе відповідальності за можливі негативні наслідки.

4.4.8. Повідомляти **Виконавця** про покращення або погіршення самопочуття, появу або зникнення симптомів та іншу інформацію про зміни стану свого здоров'я протягом строку лікування.

4.4.9. Дотримуватися Правил перебування пацієнтів у Закладі охорони здоров'я **Виконавця**.

4.4.10. З'являтися до Закладу охорони здоров'я **Виконавця** у погоджені з лікарем дати та час для здачі аналізів, проведення медичних процедур, огляду тощо.

5. АКЦЕПТУВАННЯ ДОГОВОРУ

5.1. Укладення пацієнтом Публічного договору є автоматичним погодженням із повним і беззастережним прийняттям умов Договору, установлених **Виконавцем** тарифів на медичні послуги та всіх додатків, що є невід'ємною частиною цього Договору.

6. ПОРЯДОК НАДАННЯ ТА ПРИЙМАННЯ-ПЕРЕДАЧІ ПОСЛУГ

6.1. Платні послуги надаються медичними працівниками **Виконавця**, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

6.2. До початку надання платних послуг Лікуючий лікар або інший медичний персонал повідомляє **Замовнику** перелік, склад та вартість всіх платних послуг, надання яких вважає доцільним, та в усній формі погоджує з **Замовником** перелік і вартість всіх платних послуг (затверджених в положенні про платні медичні послуги), які будуть надані Закладом охорони здоров'я за призначенням цього Лікуючого лікаря.

6.3. Дату та час надання платної послуги може бути змінено з ініціативи **Замовника** до настання терміну надання такої послуги.

6.4. Дату та час надання платної послуги може бути змінено з ініціативи **Виконавця** у разі:

6.4.1. Якщо стан здоров'я Пацієнта (**Замовника**) перед початком надання платної послуги унеможливилює її надання або значним чином збільшує ризики виникнення ускладнень, загрози життю чи здоров'ю Пацієнта (**Замовника**) або інших тяжких чи негативних наслідків;

6.4.2. Виникнення обставин непереборної сили, які унеможливають надання платної послуги **Виконавцем**.

6.5. Наявність обставин, передбачених підпунктом 6.5.2. цього Договору, встановлюється **Виконавцем** та повідомляється **Замовнику**.

6.6. Якщо в ході надання послуг за цим Договором виникне необхідність у наданні інших платних послуг, маніпуляцій, клініко-діагностичних досліджень за медичними показаннями, такі послуги замовляються додатково і оплачуються окремо.

6.7. Додатковим доказом укладання цього Договору може бути письмовий документ, складений Закладом охорони здоров'я (**Акт приймання-передачі наданих послуг - Додаток 3 до цього договору**). Проте дана умова не є обов'язковою.

6.8. Якщо **Виконавцем** надано **Замовнику** декілька медичних послуг, **Виконавець** має право скласти один Акт приймання-передачі у двох примірниках, в якому зазначити весь перелік наданих медичних послуг.

6.9. **Замовник** може надати письмову мотивовану відмову від підписання Акта приймання-передачі наданих платних послуг.

6.10. У разі якщо **Замовник** не надав письмову мотивовану відмову від підписання Акта приймання-передачі наданих платних послуг, така послуга вважається належним чином наданою Закладом охорони здоров'я та належним чином прийнятою **Замовником**.

6.11. **Замовник** підтверджує, що Закладом охорони здоров'я йому роз'яснено права та обов'язки, встановлені законодавством України.

7. ЦІНА ДОГОВОРУ ТА ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ОПЛАТИ

7.1. Ціна цього Договору визначається як сума наданих **Виконавцем** та прийнятих **Замовником** платних послуг Пацієнту.

7.2. Вартість кожної платної послуги визначається згідно Переліку платних послуг (**Додаток 1 до Положення про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб**) та тарифів на них, розміщених на вебсайті **Виконавця**, на дату надання такої послуги. Вартість встановлена на момент підписання **Замовником** заяви про приєднання, є остаточною та не підлягає коригуванню, навіть якщо до моменту фактичного отримання послуги її вартість змінилася.

7.3. Оплата наданих платних послуг здійснюється **Замовником** в день надання послуг або на початку надання послуг одним із нижченаведених способів за вибором **Замовника**:

- шляхом перерахування коштів на банківський рахунок **Виконавця**, через платіжний термінал та/або програмно-технічний комплекс самообслуговування (ПТКС), який належить банку;

- шляхом здійснення платежу за допомогою платіжної картки із використанням платіжного пристрою банку **Виконавця**;

- іншим способом не забороненим чинним законодавством України.

8. ГАРАНТІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

8.1. **Виконавець** гарантує якісне медичне обслуговування пацієнта та збереження медичної інформації про нього, що стала відомою **Виконавцю** (або його працівникам) у зв'язку з виконанням цього Договору.

8.2. **Замовник** гарантує достовірність наданої інформації про себе (зокрема, персональних даних та медичних відомостей), а також зобов'язується дотримуватися медичних приписів, рекомендацій та режиму лікування.

8.3. Якщо **Замовник** відмовляється від медичних послуг під час їх надання, він зобов'язаний компенсувати **Виконавцю** фактичні витрати, понесені на момент відмови.

8.4. У разі неявки пацієнта до **Виконавця** у погоджений з лікарем або відповідно до графіка відвідувань час без поважних причин і без попереднього повідомлення, цей Договір вважається розірваним, а сплачені кошти не повертаються та зараховуються на користь **Виконавця**. Цей пункт не застосовується до пацієнтів, медичне обслуговування яких не передбачає оперативного втручання або використання спеціальної медичної техніки.

8.5. За невиконання або неналежне виконання зобов'язань за цим Договором Сторони несуть відповідальність у 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 їхньої вини.

8.6. **Виконавець** не несе відповідальності у разі виникнення ускладнень у **Замовника** або за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю **Замовника** внаслідок:

- невиконання **Замовником** обов'язків, передбачених цим Договором, зокрема приписів і рекомендацій лікарів Закладу охорони здоров'я, плану лікування тощо;
- неповідомлення **Замовником** суттєвої інформації про стан свого здоров'я;
- використання лікарських засобів та виробів медичного призначення неналежної якості або таких, що не призначені лікарями **Виконавця**;
- неповідомлення **Замовником** інформації, передбаченої пунктом 4.2.8 цього Договору, зокрема про отримання медичної допомоги в інших закладах охорони здоров'я;
- розвитку захворювань чи патологій, які не пов'язані з наданням платних послуг за цим Договором.

8.7. **Виконавець** звільняється від відповідальності, якщо настання ускладнень не пов'язане з якістю платних послуг.

8.8. 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-от 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 країни порядку.

9. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

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

9.2. У випадку ухвалення рішення **Виконавцем** про повернення коштів за послугу згідно із заявою **Замовника**, кошти повертаються згідно з п. 4.3.6. цього Договору протягом 15-ти календарних днів з моменту, коли **Виконавець** одержав підписану заяву директором установи.

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

10. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ, ВНЕСЕННЯ ЗМІН ТА РОЗІРВАННЯ

10.1. Договір набирає чинності для конкретного **Замовника** з моменту підписання ним Заяви про приєднання та діє до повного виконання сторонами своїх зобов'язань.

10.2. Цей Договір є публічним і розміщується (оприлюднюється) на вебсайті **Виконавця**: <https://oppc.communal.rv.ua>

10.3. **Виконавець** має право в односторонньому порядку, без попереднього повідомлення **Замовника**, вносити зміни до тексту цього Договору.

10.4. Зміни до цього Договору вносяться **Виконавцем** в односторонньому порядку та оприлюднюються:

- на офіційному вебсайті **Виконавця**: <https://oppc.communal.rv.ua>

- на паперових носіях у відділеннях **Виконавця**.

10.5. **Виконавець** не має права відмовитися від укладення цього Договору за наявності у нього можливості (в тому числі технічної, кадрової, організаційної тощо) надати **Замовнику** платні послуги.

10.6. Умови цього Договору щодо оплати платних послуг не поширюються на випадки, коли послуги надаються Пацієнтам за рахунок страхових компаній відповідно до договорів страхування або інших третіх осіб згідно з умовами відповідних договорів.

10.7. Цей Договір може бути розірваний у порядку та способом, встановленими законодавством України.

10.8. Приєднуючись до цього Договору, Пацієнт (**Замовник**) надає згоду на внесення своїх персональних даних до локальної інформаційної системи **Виконавця**.

10.9. Обробка персональних даних за цим Договором здійснюється виключно для цілей охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, забезпечення піклування чи лікування або надання платних послуг. Обробку здійснює медичний працівник або інша особа Закладу, на яку покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних і на яку поширюється законодавство про лікарську таємницю.

10.10. Права Пацієнта щодо обробки його персональних даних визначені статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних». Правовий режим роботи Закладу охорони здоров'я з персональними даними регулюється Законом України «Про захист персональних даних».

11. КОНФІДЕНЦІЙНІСТЬ

11.1. **Виконавець** зобов'язується зберігати конфіденційність персональних даних пацієнта, його медичної інформації та обставин надання медичних послуг.

11.2. Умови щодо збереження лікарської таємниці є безстроковими.

11.3. Жодна зі сторін не має права розголошувати інформацію, отриману в межах виконання цього Договору, третім особам без письмової згоди іншої сторони, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

11.4. **Замовник** несе відповідальність за розголошення конфіденційної інформації у разі надання третім особам доступу до його телефону, електронної пошти або особистого кабінету.

11.5. **Виконавець** вживає всіх можливих заходів для захисту конфіденційної інформації, але не несе відповідальності за її розголошення внаслідок хакерських атак або фізичного викрадення носіїв інформації.

12. АНТИКОРУПЦІЙНІ ПОЛОЖЕННЯ

12.1. Сторони зобов'язуються дотримуватися вимог антикорупційного законодавства, не здійснювати незаконних платежів, хабарів або інших неправомірних дій.

13. ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ

13.1. **Замовник** зобов'язується надати **Виконавцю** для ознайомлення та копіювання паспорт або інший документ, що посвідчує його особу, а також ідентифікаційний код.

13.2. Відвідувачам заборонено здійснювати аудіо - та відеофіксацію у приміщеннях **Виконавця** без його дозволу.

13.3. **Виконавець** обробляє персональні дані **Замовника** відповідно до Закону України «Про захист персональних даних».

13.4. Вартість медичних послуг публікується на Сайті **Виконавця** та може бути надана на запит **Замовника**.

13.5. Всі Додатки до цього Договору є його невід'ємною частиною, зокрема:

- Додаток № 1 - Заява про приєднання (для фізичних осіб).
- Додаток № 2 - Заява про приєднання (для юридичних осіб).
- Додаток № 3 - Акт приймання-передачі наданих послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб.

14. АДРЕСА ТА РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ

**Комунальне підприємство «Рівненський
обласний протипухлинний центр»
Рівненської обласної ради**

33010, м. Рівне, вул. Олександра Олеся, 126

ЄДРПОУ 02000205

ІПН 020002017167

IBAN UA7330529900000026002040701962

в АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

Тел. (0362) 633075

Директор



Віталій БОЙКО

Олександр Пашенков Ltd

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
(для фізичних осіб)

до умов Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб

Ознайомившись з умовами Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб від 07.04.2025 (далі - Договір), розміщеного на офіційному вебсайті Виконавця <https://oppc.communal.rv.ua>, приєднуюсь до умов Договору.

Персональні дані Замовника

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Дата та рік народження _____

Паспорт _____

РНОКПП _____

Місце реєстрації або проживання _____

Номер телефону _____

Цей Договір укладається **Замовником** відповідно до його волевиявлення, відповідає його інтересам. Зміст Договору **Замовником** прочитаний та зрозумілий. Підписуючи цю заяву-приєднання Договір вважається укладеним, **Замовник** погоджується з умовами та Тарифами **Виконавця**, які встановлюються у відповідності до чинного законодавства України.

Шляхом підписання цієї Заяви на приєднання до Договору надаю згоду Закладу охорони здоров'я на обробку своїх персональних даних (даних Пацієнта) та доступ до персональних даних третіх осіб в тому числі внесення персональних даних до інформаційної системи, яка функціонує у Закладі охорони здоров'я, з метою надання послуг передбачених таким Договором за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних"

У разі зміни Договору чи Тарифів на надання медичних послуг **Замовник** може ознайомитись на офіційному вебсайті Виконавця або під час особистого звернення до **Виконавця**.

_____ (дата) _____ (підпис) _____ (ПІБ)

Я _____
(прізвище, ім'я, по батькові Пацієнта/Замовника)

підтверджую достовірність зазначених (записаних з моїх слів) необхідних для отримання платної послуги даних та несу відповідальність за достовірність та повноту наданих послуг.

Надаю свою згоду на супроводження та перебування разом з Пацієнтом під час отримання платних послуг у Закладі охорони здоров'я наступних осіб та надання їм консультативних висновків лікарів, іншої медичної документації, що стосується Пацієнта і містить лікарську таємницю:

_____ (ПІБ Пацієнта) _____ (номер телефону) _____ (ким дана особа приходить)

Замовник _____
(підпис, прізвище та ініціали)

Працівник Закладу охорони здоров'я,
який прийняв заяву на приєднання: _____
(підпис, прізвище та ініціали)

ЗАЯВА-ПРИЄДНАННЯ
(для юридичних осіб)

до умов Публічного договору про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату
від юридичних і фізичних осіб

Ознайомившись з умовами Публічного договору про надання платних медичних послуг від
07.04.2025 (далі - Договір), розміщеного на офіційному вебсайті **Виконавця**
<https://oppc.communal.rv.ua>, приєднуюсь до умов Договору.

Замовник: _____
(найменування юридичної особи)

в особі _____,
що діє на підставі _____ приєднується до умов Договору.
(статут, довіреність, положення тощо)

Реквізити юридичної особи.

Найменування юридичної особи _____

код за ЄДРПОУ _____

Юридична адреса _____

Поштова адреса _____

Банк _____

р/р _____

МФО _____

e-mail: _____

Контактна особа _____

Контактний телефон _____

Цей Договір укладається **Замовником** відповідно до його волевиявлення, відповідає його
інтересам. Зміст Договору **Замовником** прочитаний та зрозумілий. Підписуючи цю заяву-приєднання
Договір вважається укладеним, **Замовник** погоджується з Тарифами **Виконавця**, які встановлюються
у відповідності до чинного законодавства України.

У разі зміни Договору чи Тарифів на надання медичних послуг **Замовник** може ознайомитись
на офіційному вебсайті **Виконавця** або під час особистого звернення до **Виконавця**.

(дата)

(підпис)

(ПІБ)

АКТ приймання-передачі наданих послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб

№ _____

від _____

Комунальне підприємство «Рівненський обласний протипухлинний центр» Рівненської обласної ради в особі директора Бойка Віталія Ярославовича, (далі - **Виконавець**) та фізична (або юридична особа) _____, (далі-**Пацієнт/Замовник**) уклали цей акт приймання-передачі наданих послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб, відповідно до Публічного договору про надання платних медичних послуг з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб від 07.04.2025 р.:

Код послуги	Найменування послуги	Ціна, грн.	К-ть	Сума, грн
Загальна вартість наданих платних послуг, грн.				

Платні послуги надані в належному обсязі та з належною якістю. Сторони не мають претензій один до одного.

Виконавець:

Замовник:

**Комунальне підприємство «Рівненський
обласний протипухлинний центр»**

Рівненської обласної ради

33010, м. Рівне, вул. Олександра Олеся, 126

ЄДРПОУ 02000205

ІПН 020002017167

IBAN UA733052990000026002040701962

в АТ КБ «ПРИВАТБАНК»,

Тел. (0362) 633075

Послугу надав:
