

# Публічний договір про надання платних медичних послуг

м. Харків

«01» травня 2025 року

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»** ( далі по тексту – Виконавець), в особі генерального директора Демченко Владислава Миколайовича, який діє на підставі Статуту та Фізична особа, що звернулася за отриманням платних медичних послуг (далі по тексту – Замовник) з іншої сторони, які далі по тексту разом іменуються – Сторони, а кожна окремо іменується – Сторона, уклали цей Договір (далі по тексту – Договір) про наступне:

## 1. Предмет Договору

1.1. Виконавець зобов'язується надати Замовнику якісні медичні послуги, передбачені Переліком платних медичних послуг, а Замовник зобов'язаний прийняти надані Виконавцем медичні послуги та здійснити їх оплату в порядку та на умовах, погоджених у даному Договорі.

1.2. Сторони домовилися, що:

1.2.1. Договір укладається шляхом приєднання Замовника до запропонованого Виконавцем Договору загалом та прийняття всіх істотних умов Договору без підписання письмового примірника і має юридичну силу відповідно до положень ст. 633, 634 Цивільного кодексу України.

1.2.2. Замовник не може запропонувати свої умови Договору.

1.2.3. Підтвердженням повного і беззаперечного прийняття Публічного договору Замовником є факт повної попередньої оплати вартості медичної послуги.

1.2.4. Перелік платних медичних послуг визначено Додатком № 1 до Публічного Договору. Умови їх надання визначаються Положенням про платні медичні послуги, вартість визначається згідно Прейскуранту на платні послуги, затвердженим Виконавцем.

1.2.5. Рішення про обсяг, умови та надання медичних послуг приймається Виконавцем у відповідності до встановлених медичних стандартів без погодження із Замовником.

1.2.6. Перед початком отримання платних медичних послуг Замовник надає письмову згоду (заява-направлення) на отримання платної медичної послуги (Додаток №2) та обробку персональних даних.

1.2.7. Замовник зобов'язаний надати інформовану добровільну згоду пацієнта відповідно до первинної облікової документації ф № 003-6/о.

## 2. Вартість та порядок здійснення розрахунків

2.1. Вартість отриманих Замовником медичних послуг визначається рахунками на оплату, відповідно до тарифів на медичні послуги, які надаються Замовнику.

2.2. Оплата вартості наданих Виконавцем медичних послуг здійснюється Замовником у національній валюті України – гривні, у безготівковій формі, шляхом перерахування грошових коштів на рахунок Виконавця. Оплату медичних послуг Замовник здійснює на умовах попередньої оплати (перед фактичним наданням медичних послуг).

2.3. Здійснення Замовником повної оплати медичних послуг вважається виконаним належним чином та у повному обсязі в момент надходження на розрахунковий рахунок Виконавця грошових коштів у розмірі, що підлягає оплаті. Часткова оплата не являється належним виконанням Замовником своїх зобов'язань та не звільняє його від відповідальності за неналежне виконання прийнятих на себе зобов'язань. Замовник самостійно несе відповідальність за правильність здійснених ним платежів.

### **3. Права та обов'язки Замовника**

3.1. Замовник має право:

3.1.1. Звернутися до Виконавця за отриманням медичних послуг та отримати зазначені послуги в межах сплачених коштів.

3.1.2. Отримувати повну та достовірну інформацію щодо запропонованих Виконавцем медичних послуг, порядку їх надання та можливих побічних реакцій.

3.1.3. На таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні, за винятком випадків, передбачених законодавством.

3.2. Замовник зобов'язаний:

3.2.1. Неухильно дотримуватись усних чи письмових приписів і рекомендацій медичних працівників.

3.2.2. Надавати оригінали чи копії документів, що містять інформацію про стан свого здоров'я, які необхідні Виконавцю для надання медичних послуг.

3.2.3. Здійснити повний розрахунок із Виконавцем за надані медичні послуги, шляхом їх оплати на підставі рахунку на оплату, виставленому Замовнику.

3.2.4. Ознайомитися із правилами внутрішнього розпорядку Замовника та дотримуватися етики та поведінки під час спілкування з працівниками Замовника.

3.2.5. До початку надання медичних послуг повідомити медичному працівнику весь перелік лікарських засобів, які застосовує, а також про всі відомі хвороби, вади, алергічні чи специфічні реакції на лікарські засоби і продукти харчування та іншу суттєву інформацію про стан свого здоров'я.

3.2.6. Після отримання медичних послуг між Виконавцем і Замовником в двох примірниках підписується Акт приймання-передачі наданих платних медичних послуг (Додаток №3).

### **4. Права та обов'язки Виконавця**

4.1. Виконавець має право:

4.1.1. Припинити надання медичних послуг, в разі порушення істотних умов Договору Замовником.

4.2. Виконавець зобов'язаний:

4.2.1. Надавати медичні послуги Замовнику відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

4.2.2. Належним чином зберігати лікарську таємницю, яка стала відома персоналу Виконавця під час надання медичних послуг, крім випадків передбачених чинним законодавством.

4.2.3. Надавати Замовнику акти наданих медичних послуг та рахунки на їх оплату.

4.2.4. Дотримуватися норм Етичного кодексу лікаря України.

### **5. Відповідальність Сторін**

5.1. У разі невиконання або неналежного виконання своїх зобов'язань за Договором Сторони несуть відповідальність, передбачену Договором та чинним законодавством України. Питання та спори, щодо яких Сторони не дійшли згоди шляхом перемовин, розглядаються у судовому порядку, відповідно до чинного законодавства України.

### **6. Форс мажорні обставини**

6.1. Виконавець звільняється від відповідальності за невиконання або неналежне виконання зобов'язань за Договором у разі виникнення обставин непереборної сили, які не існували під час укладання Договору та виникли поза волею Сторін (аварія, катастрофа, стихійне лихо, епідемія, епізоотія, війна тощо).

6.2. Сторона, для якої наступили форс-мажорні обставини, зобов'язана протягом не більше, ніж 10 (десять) календарних днів з часу їх настання або припинення повідомити будь яким способом іншу Сторону.



6.3. У випадку якщо форс-мажорні обставини тривають понад 60 (шістдесят) календарних днів, Сторони можуть виступити з ініціативою про розірвання Договору.

6.4. Настання форс-мажорних обставин не є підставою для невиконання Сторонами зобов'язань, термін виконання яких настав до дати виникнення таких обставин, а також для звільнення Сторін від відповідальності за таке невиконання.

## **7. Строк дії Договору**

7.1. Цей Договір є Публічним договором та містить усі істотні умови надання Виконавцем медичних послуг, зазначених в Переліку медичних послуг.

7.2. Замовник усно або письмово звернувшись за отриманням медичних послуг до Виконавця приймає всі умови цього Договору, а дата оплати послуги за згодою Сторін вважається датою укладення цього Публічного договору.

7.3. Додатковим доказом укладення цього Договору може бути письмовий або електронний документ (квитанція).

7.4. Цей Договір публічно доводиться до відома усіх Замовників, шляхом його розміщення на офіційному вебсайті Виконавця КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І.ШАПОВАЛА» <http://www.uro-nefro-center.com>.

7.5. Всі зміни до цього Договору публікуються на офіційному вебсайті Виконавця КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І.ШАПОВАЛА» <http://www.uro-nefro-center.com> та набувають чинності з моменту такої публікації.

7.6. Виконавець має право припинити дію цього Договору в односторонньому порядку, попередивши шляхом розміщення оголошення про це на офіційному вебсайті Виконавця КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І.ШАПОВАЛА» <http://www.uro-nefro-center.com> не пізніше ніж за 15 (п'ятнадцять) календарних днів до такого припинення.

7.7. Медичні послуги за кожним персональним замовленням надаються на умовах Договору, редакція якого була чинною на момент вчинення підтверджуючих дій.

7.8. Цей Публічний договір набирає чинності з дати укладення та діє безстроково.

## **8. Антикорупційні застереження**

8.1. Сторони зобов'язуються дотримуватися вимог антикорупційного законодавства та не вживати ніяких дій, які можуть порушити норми антикорупційного законодавства, у зв'язку з виконанням своїх прав та зобов'язань за цим договором, у тому числі не робити пропозицій, не санкціонувати обіцянок, і не здійснювати незаконних платежів, включаючи неправомірну вигоду в грошовій чи будь-якій іншій формі, яким небудь фізичним або юридичним особам та інші.

## **9. Інші умови Договору**

9.1. Умови Договору встановлені однакові для всіх Замовників.

9.2. У випадку виникнення спорів або розбіжностей стосовно виконання умов Договору Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів.

9.3. У разі недосагнення Сторонами згоди спори (розбіжності) вирішуються у судовому порядку, визначеному чинним законодавством України.

9.4. Зміни до Договору вносяться Виконавцем в односторонньому порядку, оприлюднюються на офіційному вебсайті Виконавця КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І.ШАПОВАЛА» <http://www.uro-nefro-center.com> та інформаційних стендах Виконавця.

9.5. Погоджуючись з умовами Договору Сторони дають безумовну згоду (дозвіл) на обробку своїх персональних даних, в тому числі тих, що необхідні для забезпечення надання медичних послуг та для реалізації інших передбачених законодавством відносин.

**Додатками до Договору є:**

- Додаток № 1 «Перелік платних медичних послуг по КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»;
- Додаток № 2 «Заява-направлення»
- Додаток №3 «Акт приймання-передачі наданих платних медичних послуг».

**10. Адреса та реквізити Виконавця**

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ  
РАДИ «ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ  
ІМ. В.І. ШАПОВАЛА» (КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»)**

Юридична адреса: 61037, м. Харків, проспект Героїв Харкова, 195

Код ЄДРПОУ 31437719

ІПН 314377120340

р/р UA 583516070000000026004080576

Назва банку АТ Банк «Грант»

e-mail [urologycenter@ukr.net](mailto:urologycenter@ukr.net)

Генеральний директор



Владислав ДЕМЧЕНКО

**Перелік платних медичних послуг  
по КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»**

| <b>Найменування послуги</b>                           | <b>Ціна<br/>послуги, грн.</b> |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Консультаційні послуги лікарів</b>                 |                               |
| Консультація лікаря-уролога, без направлення лікаря   | 200,00                        |
| Консультація лікаря-нефролога, без направлення лікаря | 200,00                        |

**ЗАТВЕРДЖУЮ**



Генеральний директор

КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»

Владислав ДЕМЧЕНКО

**ЗАЯВА-НАПРАВЛЕННЯ**

Прошу надати мені платну медичну послугу, у зв'язку з:

1. Для обстеження за власним бажанням (без направлення лікаря).

| № з/п | Найменування послуги | Од. | Ціна послуги, грн. |
|-------|----------------------|-----|--------------------|
| 1     |                      |     |                    |
| 2     |                      |     |                    |

Лікар, що направляє: \_\_\_\_\_





**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Генеральний директор

КНП ХОР «ОМКЦУН ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»

Владислав ДЕМЧЕНКО

**А К Т**

**приймання-передачі наданих платних медичних послуг**

м. Харків

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

**КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ОБЛАСНИЙ МЕДИЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ЦЕНТР УРОЛОГІЇ І НЕФРОЛОГІЇ ІМ. В.І. ШАПОВАЛА»** в особі генерального директора Демченко Владислава Миколайовича, що діє на підставі Статуту (далі — Виконавець),  
та \_\_\_\_\_

(ПІБ пацієнта)

(далі — Замовник) склали цей Акт на підтвердження того, що Виконавець дотримався умов Публічного договору й належно надав платні медичні послуги:

| № з/п | Найменування послуги | Кількість | Ціна без ПДВ, грн | ПДВ, грн | Сума разом із ПДВ, грн |
|-------|----------------------|-----------|-------------------|----------|------------------------|
| 1     | 2                    | 3         | 4                 | 5        | 6                      |
|       |                      |           |                   |          |                        |

Замовник підтверджує, що не має претензій і зауважень щодо кількості, обсягу та якості наданих платних медичних послуг, що зазначені в цьому Акті приймання-передачі, та приймає зазначені вище послуги.

Замовник підтверджує, що Виконавець дотримався всіх умов Публічного договору про надання платних медичних послуг.

**Замовник**

**Виконавець**

Генеральний директор

Владислав ДЕМЧЕНКО

\_\_\_\_\_  
(ПІБ пацієнта)