

Договор № \_\_\_\_\_  
об оказании платных медицинских услуг

г.Брест

«    »            20\_\_ г.

Учреждение здравоохранения «Брестский областной диспансер спортивной медицины», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Евдолюка Сергея Викторовича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин (-ка) \_\_\_\_\_, паспорт \_\_\_\_\_, проживающий по адресу \_\_\_\_\_, именуемый (-ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», а каждая в отдельности – «Сторона», заключили настоящий Договор о нижеследующем.

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. По настоящему Договору Исполнитель обязуется оказать на платной основе Заказчику медицинские услуги (по медицинским показаниям и информированному согласию) в виде и объеме согласно заявлению Заказчика, а Заказчик уплачивает Исполнителю стоимость оказанных медицинских услуг в размере, порядке и сроки, которые установлены настоящим Договором.

1.2. Медицинские услуги должны быть оказаны в течение 1 (одного) месяца с даты заключения Договора. Срок оказания медицинских услуг может быть продлен по соглашению сторон Договора.

1.3. Исполнитель оказывает медицинские услуги по месту своего нахождения г. Брест, ул. Московская, д. 149, а также самостоятельно назначает время и очередность приема Заказчика, определяет необходимость и сроки, виды оказания медицинских услуг, применяемые лекарственные средства, изделия медицинского назначения и другие расходные материалы.

**1.4. Подписывая настоящий Договор, Заказчик подтверждает, что ему известно о праве Исполнителя оказывать медицинские услуги членам Национальной команды Республики Беларусь и сборной команды Республики Беларусь, спортсменам из группы спортивного резерва в первую очередь и не возражает против данного обстоятельства.**

**2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. обеспечить Заказчика бесплатной, доступной и достоверной информацией, включающей в себя сведения о перечне платных медицинских услуг, стоимости и условиях их оплаты, квалификации медицинских работников (врачей-специалистов), режиме работы учреждения здравоохранения, а также иные необходимые сведения;

2.1.2. своевременно и качественно оказывать Заказчику медицинские услуги, предусмотренные п. 1.1 настоящего Договора в соответствии с требованиями законодательства. Ответственным за надлежащее исполнение п. 1.1 Договора является заместитель главного врача Минюк Екатерина Владимировна (тел. 34-11-69);

2.1.3. принимать от Заказчика за оказание медицинских услуг денежные средства наличными в кассу или безналичным путем посредством платежных карточек и выдавать в установленном порядке документ, подтверждающий получение денежных средств от Заказчика;

2.1.4. выдавать Заказчику талон с указанием даты и времени оказания медицинских услуг;

2.1.5. выдавать Заказчику медицинскую карту при направлении к специалистам;

2.1.6. обеспечивать своевременное рассмотрение претензий, связанных с исполнением настоящего Договора;

2.1.7. давать при необходимости по просьбе Заказчика разъяснения о ходе оказания медицинских услуг и письменные заключения об их результатах;

2.1.8. не разглашать без согласия Заказчика информацию о состоянии его здоровья, оказываемых ему медицинских услугах и другие конфиденциальные сведения о Заказчике;

2.1.9. по требованию Заказчика вернуть ему денежные средства в порядке, установленном приказом главного врача от 02.04.2021 г. № 41 «О возврате денежных средств».

2.2. Исполнитель имеет право:

2.2.1. получать от Заказчика любую информацию, необходимую для выполнения своих обязательств по настоящему Договору. В случае непредставления либо неполного или неверного представления Заказчиком информации Исполнитель имеет право приостановить исполнение своих обязательств по настоящему Договору до представления необходимой информации;

2.2.2. требовать от Заказчика соблюдения Порядка оказания платных медицинских услуг, утвержденного приказом главного врача от 13.02.2025 г. № 24 «Об организации платных медицинских услуг»;

2.2.3. требовать своевременной и полной оплаты Заказчиком оказанных медицинских услуг;

2.2.4. в одностороннем порядке изменить, перенести на другую дату и (или) время оказания медицинской услуги, уведомив Заказчика и предоставив Заказчику другое время для получения медицинской услуги, в следующих случаях:

- оказания медицинских услуг закрепленному за учреждением здравоохранения контингенту;
- отсутствия условий для оказания медицинской услуги (техническая неисправность аппаратуры, авария, отключение в помещениях Исполнителя электричества, водоснабжения, и т.п.);
- временного отсутствия специалиста по уважительным причинам и невозможности Исполнителя произвести его замену (кадровый дефицит);
- опоздания Заказчика на время оказания медицинской услуги более, чем на 15 (пятнадцать) минут от назначенного времени.

В случае пропуска Заказчиком срока, установленного для оказания платной медицинской услуги по предварительной записи, без уважительной причины, платная медицинская услуга Заказчику не оказывается. Уважительность причин оценивается Исполнителем в одностороннем порядке. Денежные средства, оплаченные за данную медицинскую услугу, подлежат возврату Заказчику в соответствии с приказом главного врача от 02.04.2021 г. № 41 «О возврате денежных средств».

2.2.5. пересматривать тарифы на медицинские услуги и вносить изменения (дополнения) в действующие Прейскуранты цен;

2.2.6. отказать Заказчику в оказании медицинских услуг в следующих случаях:

- неисполнение Заказчиком обязанностей, установленных Договором;
- выявление Исполнителем обстоятельств, способных повлиять на качество медицинской услуги или результат обследования;
- в случае отказа соблюдения Заказчиком Порядка оказания платных медицинских услуг утвержденного приказом главного врача от 13.02.2025 г. № 24 «Об организации платных медицинских услуг»;
- в случае явки Заказчика на процедуру в сроки, не позволяющие оказать медицинскую услугу до окончания рабочего времени персонала;
- Заказчик находится в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо его действия угрожают жизни и здоровью работников или посетителей Исполнителя, либо он нарушает Правила внутреннего распорядка Исполнителя;

#### **-ВЫЯВЛЕНИЕ У ЗАКАЗЧИКА ПРИЗНАКОВ ОСТРОЙ ИНФЕКЦИИ.**

2.3. Заказчик обязан:

2.3.1. своевременно представить Исполнителю необходимые документы и информацию для оказания медицинских услуг (сведения о состоянии здоровья Заказчика, перенесенных заболеваниях, аллергических реакциях на лекарственные средства, противопоказаниях и т.д.), которые могут повлиять на ход выполнения медицинских услуг;

2.3.2. иметь направление от специалистов Исполнителя при прохождении физиотерапевтических процедур, ЛФК, массажа;

2.3.3. по запросу Исполнителя предоставить консультативное заключение специалиста учреждения здравоохранения либо специалиста Исполнителя;

2.3.4. своевременно и в полном объеме произвести оплату медицинских услуг;

2.3.5. в случае пропуска Заказчиком срока получения медицинских услуг, установленного в соответствии с п. 1.2.-1.3. Договора, по независящим от Исполнителя причинам, произвести доплату разницы в тарифах при наступлении одновременно следующих условий:

- предоплата за медицинские услуги внесена Заказчиком в срок, определенный п. 3.2. Договора;
  - в день оказания Исполнителем медицинской услуги Заказчику действует прейскурант с новыми тарифами;
- 2.3.6. самостоятельно изучить и соблюдать локальные нормативные акты и иные документы Исполнителя, в том числе:

- Правила внутреннего распорядка Исполнителя от 04.06.2019;

- Порядок оказания платных медицинских услуг;

- Приказ главного врача от 02.04.2021 г. № 41 «О возврате денежных средств»;

- Прейскуранты цен.

Указанные документы размещены в общедоступном месте на информационных стендах внутри здания Исполнителя и на сайте Исполнителя по электронному адресу: <http://dispanser.by/>;

**2.3.7. ПРИ ПОЛУЧЕНИИ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ МАСКУ. В СЛУЧАЕ ОТСУТСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ МАСКИ У ЗАКАЗЧИКА, ИСПОЛНИТЕЛЬ ИМЕЕТ ПРАВО ОТКАЗАТЬ ЗАКАЗЧИКУ В ОКАЗАНИИ ПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ.**

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. на получение от Исполнителя информации о медицинских услугах;

2.4.2. заявить о возврате оплаченных ранее денежных средств при наступлении обстоятельств, оговоренных приказом главного врача от 02.04.2021 №41 «О возврате денежных средств»;

2.4.3. в случае отказа от предоставленного времени и (или) даты оказания медицинской услуги, выбрать другие дату и (или) время из ряда предложенных специалистом Исполнителя.

### 3. СТОИМОСТЬ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг по настоящему Договору определяется согласно Прейскуранту цен, действующему у Исполнителя на момент заключения Договора.

3.2. Оплата медицинских услуг производится при заключении Договора наличными денежными средствами в белорусских рублях в кассе Исполнителя или посредством платежных карточек (по усмотрению Заказчика) в порядке 100% предварительной оплаты. Оплата медицинских услуг считается произведенной только при условии фактического поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

**3.3. Общая сумма договора составляет \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ белорусских рублей.** Общая сумма договора может быть изменена при наступлении обстоятельств, указанных в п. 2.3.5. Договора. В таком случае Заказчик обязан произвести доплату в размере, рассчитанном исходя из Прейскуранта цен, действующего у Исполнителя на момент оказания медицинских услуг.

3.4. В случае оказания медицинских услуг не в полном объеме Исполнитель обязан произвести возврат денежных средств Заказчику за оплаченные и не оказанные медицинские услуги в порядке, установленном приказом главного врача от 02.04.2021 г. № 41 «О возврате денежных средств».

### 4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

4.1. В случае представления Заказчиком недостоверной, неполной информации по настоящему Договору, необходимой для принятия решения о лечении, невыполнения рекомендаций специалистов Исполнителя Исполнитель не несет ответственности за конечный результат оказанных медицинских услуг.

4.2. Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение другой Стороной своих обязанностей, если неисполнение будет являться следствием обстоятельств непреодолимой силы, в том числе, карантинные мероприятия, стихийные бедствия (пожар, наводнение и др.), военные действия, запреты и ограничения, вводимые государственными органами или другие обстоятельства, находящиеся вне контроля Сторон, препятствующие выполнению настоящего Договора, возникшие после его заключения.

Если любое из таких обстоятельств непосредственно повлияло на неисполнение обязательства в срок, указанный в настоящем Договоре, то этот срок соразмерно отодвигается на время действия соответствующего обстоятельства.

4.3. Исполнитель не несет ответственность за сохранность личных вещей (одежда, головные уборы, галантерея и др.) и иных вещей Заказчика, оставленных в здании Исполнителя вне мест, специально отведенных для этих целей.

### 5. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

5.1. Все споры и разногласия, возникающие в связи с исполнением настоящего Договора, разрешаются путем переговоров между Сторонами.

5.2. При невозможности достичь согласия любые споры или разногласия, которые могут возникнуть из настоящего Договора или в связи с ним, подлежат разрешению в суде в порядке, установленном законодательством.

### 6. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Настоящий Договор вступает в силу с даты его подписания и действует в течение срока, указанного в п. 1.2. Договора. В случае, если Исполнитель оказал Заказчику медицинские услуги в полном объеме ранее срока, указанного в п. 1.2. Договора, то срок действия Договора завершается в последний день оказания Заказчику медицинских услуг.

6.2. Договор может быть изменен или расторгнут по соглашению Сторон. В этом случае все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны, если совершены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами. Соответствующие дополнительные соглашения Сторон являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

6.3. При решении вопросов, не урегулированных настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Республики Беларусь.

6.4. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой Стороны.

## 7. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ СТОРОН:

Исполнитель

Заказчик

Учреждение здравоохранения  
«Брестский областной диспансер  
спортивной медицины»

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_

224023, г. Брест, ул. Московская, 149  
р/с BY78AKBB36320000004441000000  
в ОАО «АСБ Беларусбанк»,  
БИК АКВВВY2X  
УНП 200502626  
тел.34-11-73 (стол справок),  
34-11-57 (касса)

Паспорт: серия \_\_\_\_\_  
номер \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_  
и/н \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_  
тел. \_\_\_\_\_

От имени Исполнителя

От имени Заказчика

Главный врач \_\_\_\_\_ С.В. Евдюлюк

\_\_\_\_\_ /подпись/  
\_\_\_\_\_

Дата подписания: \_\_\_\_\_

Дата подписания: \_\_\_\_\_

Главному врачу  
Учреждения здравоохранения  
«Брестский областной диспансер спортивной медицины»  
Евдюлюку С.В.

\_\_\_\_\_  
/фамилия, имя, отчество/

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас оказать мне платные медицинские услуги с оплатой согласно действующему прейскуранту на момент оказания услуг:

№ п/п	Наименование услуг	Тариф за услугу, руб.коп.	Стоимость материалов, руб.коп.	Общая стоимость услуги, руб.коп.	Количество	Единица измерения	Всего, руб.коп.

ИТОГО:

\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
/подпись/

Приложение 4  
к Положению о порядке обработки  
и защиты персональных данных  
в УЗ «Брестский областной диспансер спортивной  
медицины»

## **СОГЛАСИЕ на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_

***(Ф.И.О полностью) (дата рождения, идентификационный номер, а в случае отсутствия такого номера - номер документа, удостоверяющего его личность)***

(далее – Субъект ПД) даю согласие УЗ «Брестский областной диспансер спортивной медицины», расположенному по адресу: г.Брест, ул.Московская, 149 (далее – Оператор) на обработку следующих моих персональных данных:

**ФИО полностью, дата рождения, пол, серия и номер, дата и место выдачи, идентификационный номер документа, удостоверяющего личность; адрес регистрации; телефон**

Цель обработки: **оказание платных медицинских услуг, указанных в Заявлении к Договору об оказании платных медицинских услуг**

**В указанных целях я даю согласие на осуществление следующих действий с моими персональными данными: сбор, систематизация, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение, передача уполномоченному лицу.**

Обработка моих персональных данных может осуществляться как автоматизированным, так и неавтоматизированным способом.

Мне разъяснены права, связанные с обработкой моих персональных данных, механизм реализации таких прав, а также последствия дачи мною согласия или отказа в даче такого согласия.

Я ознакомлен (а) с тем, что:

согласие на обработку персональных данных действует с даты его подписания до достижения целей обработки персональных данных;

согласие на обработку персональных данных может быть отозвано путем подачи письменного заявления.

Подписанием настоящего Согласия я подтверждаю, что согласие на обработку моих персональных данных дается мной лично, свободно, добровольно и осознанно.

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.20\_\_\_\_\_  
/дата/

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)