

**Публічний договір
про надання платних медичних послуг**

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СЛУЖБИ КРОВІ» (далі за текстом – Виконавець), рішення Міністерства охорони здоров'я України про видачу ліцензії від 16.02.2021 № 271 (далі за текстом – Ліцензія), в особі директора Малигон Олени Іванівни, яка діє на підставі Статуту, у відповідності до положень статей 633, 634, 641 Цивільного кодексу України, на засадах своєї діяльності, затвердженого переліку платних медичних послуг та цін на платні медичні послуги, пропонує необмеженому колу фізичних осіб, які звертаються до Виконавця з метою отримання платних медичних послуг (далі за текстом – Замовник), прийняти умови цієї пропозиції та укласти цей Публічний договір про надання платних медичних послуг (далі за текстом – Договір) шляхом приєднання до визначеної форми Договору на наступних умовах:

1. Предмет Договору

1.1. В порядку та на умовах, визначених Договором, Виконавець зобов'язується надати Замовнику платні медичні послуги, дотримуючись дозволених на території України методів діагностики, профілактики та лікування, а Замовник зобов'язується прийняти та своєчасно оплатити надані послуги за цінами, затвердженими Виконавцем, в порядку, визначеному даним Договором.

1.2. Перелік платних медичних послуг та ціни на них оприлюднені на сайті Виконавця у розділі «Ціни на послуги» за посиланням <https://bloodservice.org.ua/tsini-na-poslugi-2>, а також на сайті Центру гемокорекції КНП ХОР «ОЦСК» за посиланням <https://www.gemokor.kh.ua/> у розділах «Послуги» та «Ціни». Примірник у паперовому вигляді також доступний для ознайомлення за місцем надання послуг на інформаційних стендах у Центрі гемокорекції.

1.3. Договір укладається шляхом підписання Замовником заяви про приєднання до даного Договору, яка підтверджує факт приєднання Замовника до запропонованого Виконавцем Договору загалом та прийняття всіх істотних умов Договору без підписання письмового примірника Договору. Умови Договору є однаковими для всіх замовників.

1.4. Договір є укладеним за місцезнаходженням Виконавця з моменту підписання Замовником заяви про приєднання до даного Договору у паперовому вигляді. Форма заяви про приєднання до Публічного договору про надання платних медичних послуг затверджена Виконавцем та викладена у Додатку 1 до цього Договору.

1.5. До моменту приєднання Замовника до Договору згідно заяви про приєднання відповідно до пп. 1.3. – 1.4. цього Договору, цей Договір має статус оферти Виконавця. З

моменту його укладання Договір має юридичну силу згідно зі ст. 634 Цивільного кодексу України, всі умови даного Договору є обов'язковими для Сторін. Замовник не може пропонувати свої умови Договору.

1.6. Договір оприлюднюється для ознайомлення з його умовами шляхом розміщення повного тексту на сайті Виконавця за посиланням: <https://bloodservice.org.ua>, а також на сайті Центру гемокорекції КНП ХОР «ОЦСК» за посиланням <https://www.gemokor.kh.ua/>. Примірник у паперовому вигляді також доступний для ознайомлення за місцем надання послуг на інформаційних стендах всередині будівлі Виконавця та у Центрі гемокорекції.

1.7. Виконавець має право в односторонньому порядку змінювати ціни на платні медичні послуги у зв'язку зі зміною тарифів на комунальні послуги, зміною рівня заробітної плати, вартості виробів медичного призначення тощо. Нові ціни на платні медичні послуги діють з моменту їх затвердження наказом по підприємству та оприлюднюються в порядку, визначеному п. 1.2. цього Договору.

1.8. Укладаючи Договір, Замовник погоджується з повним і беззастережним прийняттям умов Договору, затверджених цін на платні медичні послуги Виконавця, змінами до них та всіх додатків, що є невід'ємною частиною цього Договору.

1.9. Кожна сторона Договору гарантує, що володіє необхідним обсягом дієздатності, а також усіма правами та обов'язками, що є необхідними та достатніми для укладання та виконання цього Договору.

2. Порядок надання та приймання послуг

2.1. Послуги надаються Виконавцем у строк та в порядку, що визначені цим Договором, іншими внутрішніми стандартами, інструкціями, положеннями, наказами та іншими локальними нормативними актами Виконавця, нормативно-правовими актами України.

2.2. Виконавець надає платні медичні послуги Замовнику в межах Ліцензії (рішення Міністерства охорони здоров'я України про видачу ліцензії від 16.02.2021 № 271) та Статуту Виконавця.

2.3. Послуги надаються медичними працівниками Виконавця, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

2.4. В обумовлений із Замовником час медичний працівник Виконавця визначає методи і можливі варіанти надання медичних послуг, їх наслідки та передбачувані результати, ступінь ризику і можливі ускладнення, докладно інформує про це Замовника. За результатами обстеження медичний працівник Виконавця визначає обсяг платних медичних послуг та їх попередню вартість. Необхідною умовою виконання Договору є згода Замовника із запропонованим обсягом платних медичних послуг та інформована добровільна згода, підписана Замовником за встановленою формою.

2.5. Дата та час надання кожної платної медичної послуги погоджується Виконавцем та Замовником в усній формі. У разі запізнення на візит Замовник зобов'язаний заздалегідь попередити про це Виконавця. У разі запізнення, що призвело до зміщення графіку прийому, із Замовником узгоджується інший час візиту.

2.6. Дату та час надання кожної платної медичної послуги може бути змінено з ініціативи Замовника до настання терміну надання такої послуги.

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

2.7.1. якщо стан здоров'я Замовника перед початком надання послуги унеможливує її надання або значним чином збільшує ризики виникнення ускладнень, загрози життю чи здоров'ю Замовника або інших тяжких чи негативних наслідків;

2.7.2. виникнення обставин непереборної сили, які унеможливають надання Послуги Виконавцем.

2.8. Наявність обставин, передбачених підпунктом 2.7.2. цього Договору, встановлюється Виконавцем та повідомляється Замовнику.

2.9. Виконавець надає послуги в приміщенні, на обладнанні і матеріалами Виконавця відповідно до узгодженого обсягу платних медичних послуг та Додатку 1 до Договору. Місце надання послуг: 61201, м. Харків, вул. Клочківська, 366.

2.10. Строк надання послуг визначає Виконавець. Строк надання послуг залежить від стану здоров'я Замовника, строку, необхідного для надання платних медичних послуг, і графіка роботи Виконавця та його медичних працівників.

2.11. Приймання-передача наданих послуг здійснюється шляхом складання Акту надання послуг за формою згідно Додатку 2 до цього Договору, що є його невід'ємною частиною (далі - Акт надання послуг), який складається Виконавцем у двох примірниках та надається Замовнику для підписання безпосередньо після надання кожної платної медичної послуги.

2.12. Замовник зобов'язаний підписати обидва примірники Акту надання послуг або надати письмову мотивовану відмову від його підписання.

2.13. У разі якщо Замовник не надав письмову мотивовану відмову від підписання Акту надання послуг, послуги вважаються належним чином наданими Виконавцем і належним чином прийняті Замовником, що є підставою для оплати Замовником суми фактично наданих послуг.

2.14. За наявності письмової мотивованої відмови від підписання Акту надання послуг, Виконавець протягом 14 (чотирнадцяти) календарних днів розглядає таку відмову та в письмовій формі повідомляє Замовника про результати розгляду.

2.15. Замовник підтверджує, що Виконавцем йому роз'яснено права та обов'язки, встановлені законодавством України.

3. Вартість надання послуг та порядок розрахунків

3.1. Вартість послуг за Договором визначається Сторонами відповідно до затверджених Виконавцем та оприлюднених в порядку, визначеному п. 1.2. цього Договору, цін на платні послуги, обсягу платних медичних послуг з урахуванням його можливих подальших коригувань у разі необхідності.

3.2. Загальна остаточна вартість послуг за Договором визначається із сумарної вартості всіх наданих Замовнику послуг відповідно до Актів надання послуг.

3.4. Підставою для оплати вартості послуг Замовником є підписаний Сторонами Акт надання послуг.

3.5. Замовник зобов'язується сплатити надані йому Виконавцем послуги у повному обсязі в день надання послуг.

3.6. Усі розрахунки за цим Договором здійснюються в національній грошовій одиниці України (гривні) виключно в безготівковій формі в один із наведених нижче способів на вибір Замовника, а саме:

3.6.1. через ПТКС (програмно-технічний комплекс самообслуговування АТ КБ «Приватбанк» або іншої банківської установи на вибір Замовника);

3.6.2. за допомогою банківських систем дистанційного обслуговування та сервісів переказу коштів (Приват24, Ощад24/7, Монобанк та інших на вибір Замовника);

3.6.3. через банківські установи, тобто через операційну касу банку;

3.6.4. через POS-термінал за місцем надання послуг з використанням програмного реєстратора розрахункових операцій (ПРРО).

3.7. Реквізити для оплати послуг за цим Договором викладені у розділі 10 цього Договору.

3.8. У разі відмови Замовника від отримання частини послуг, Замовник зобов'язаний сплатити вартість фактично наданих послуг згідно Актів надання послуг.

4. Порядок сплати послуг на користь Замовника третіми особами

4.1. За попереднім погодженням із Виконавцем, послуги на користь Замовника можуть оплачуватись третіми особами (фізичними та юридичними особами) у наступному порядку:

4.1.1. якщо платником послуг на користь Замовника за цим Договором буде інша фізична особа, така фізична особа зобов'язана подати Виконавцю заяву за формою, визначеною у Додатку 3 до цього Договору.

4.1.2. якщо платником послуг на користь Замовника за цим Договором буде юридична особа, між такою юридичною особою – платником та Виконавцем укладається окремий договір про сплату послуг на користь Замовника. Без укладання окремого договору між Виконавцем та юридичною особою - платником оплата послуг за цим Договором повинна буде здійсненою Замовником в порядку, визначеному у пп. 3.4. – 3.6. цього Договору.

4.2. Підставою для оплати вартості платних медичних послуг юридичною особою – платником у випадку, визначеному підп. 4.1.2. п. 4.1. цього Договору, є рахунок-фактура, який направляється Виконавцем юридичній особі – платнику разом із копією акту (актів) надання послуг підписаних Виконавцем і Замовником протягом 3-х робочих днів з моменту їх підписання на електронну адресу юридичної особи – платника.

4.3. Юридична особа – платник медичних послуг на користь Замовника у випадку, визначеному підп. 4.1.2. п. 4.1. цього Договору, зобов'язується сплатити послуги на банківський рахунок Виконавця, визначений у розділі 10 цього Договору, у повному обсязі протягом 3-х (трьох) робочих днів з дня підписання Виконавцем та Замовником кожного Акту надання послуг.

4.4. Фізична особа – платник медичних послуг на користь Замовника у випадку, визначеному підп. 4.1.1. п. 4.1. цього Договору, зобов'язується сплатити послуги на банківський рахунок Виконавця, визначений у розділі 10 цього Договору, у повному обсязі у день надання послуг.

5. Права та обов'язки Сторін

5.1. Виконавець має право:

5.1.1. Відмовити Замовнику у наданні послуг у випадку, якщо надання таких послуг не передбачено у Виконавця або надання послуг не входить до зазначеного у Ліцензії Виконавця переліку спеціальностей.

5.1.2. Відмовити у наданні послуг Замовнику, який перебуває у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння або в іншому стані, що перешкоджає наданню якісних послуг.

5.1.3. Припинити надання послуг Замовнику, який свідомо, без посилення на поважні причини, не виконує медичні приписи та вказівки медичного працівника Виконавця, залученого до надання послуг за Договором.

5.1.4. Достроково розірвати Договір при відмові Замовника від подальшого отримання послуг відповідно до погодженого обсягу надання послуг.

5.1.5. Перенести візит, заздалегідь повідомивши Замовника.

5.1.6. За згодою Замовника направляти його до інших фахівців, в тому числі в інший заклад охорони здоров'я з метою уточнення діагнозу, проведення досліджень і вибору оптимального обсягу надання послуг.

5.1.7. У разі виникнення невідкладних станів самостійно визначати обсяг досліджень і медичних втручань, необхідних для надання своєчасної медичної допомоги в межах, дозволених законодавством.

5.1.8. Обробляти персональні дані та іншу інформацію про Замовника відповідно до вимог законодавства України про захист персональних даних.

5.1.9. В односторонньому порядку змінити умови Договору та/або ціни на медичні послуги та перелік платних медичних послуг.

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

5.1.11. В разі необхідності, за попереднім погодженням із Замовником, вносити зміни в обсяг та строки надання послуг.

5.1.12. Самостійно визначати і призначати медичних працівників, які будуть залучені до надання послуг Замовнику.

5.2. Замовник має право:

5.2.1. Отримати у доступній формі повну та достовірну інформацію про: затвержені Виконавцем ціни на платні послуги, умови їх надання Виконавцем; стан свого здоров'я; мету запропонованих медичним працівником Виконавця, залученим до надання послуг за Договором, досліджень і медичних заходів; наявність ризиків для життя та здоров'я; ускладнення, що можуть виникнути в результаті надання послуг за Договором.

5.2.2. Отримати попередній розрахунок вартості платних медичних послуг перед початком їх надання, проведенням діагностичних заходів, консультацій, за винятком гострої патології (після обстеження та надання невідкладної допомоги).

5.2.3. Відмовитися від подальшого одержання послуг (частини послуг) за цим Договором на будь-якій стадії, сплативши всі фактично надані на момент відмови послуги, та підписати Акти надання послуг щодо фактично наданих послуг Замовнику.

5.2.4. На лікарську (медичну) таємницю за винятком випадків, передбачених законодавством.

5.2.5. При зміні в процесі надання послуг обсягу послуг та попередньої орієнтованої вартості послуг Замовник має право на свій вибір:

- а) погодитись з новим /додатковим обсягом надання послуг та узгодити їх вартість;
- б) відмовитись від запропонованих змін та продовжити отримання послуг на узгоджених раніше умовах у випадку відсутності загрози здоров'ю та життю Замовника;
- в) розірвати Договір та здійснити розрахунки за фактично надані послуги.

5.3. Виконавець зобов'язаний:

5.3.1. Для надання медичних послуг використовувати лікарські засоби та медичні вироби, що дозволені до застосування в Україні.

5.3.2. Провести в узгоджені із Замовником дату і час огляд Замовника для визначення обсягу платних медичних послуг, розрахунку їх вартості, і поінформувати Замовника про результати.

5.3.3. За необхідності додаткових методів обстеження – провести їх, а при відсутності можливостей для цього — проінформувати Замовника.

5.3.4. Відповідно до попереднього обсягу надання послуг, узгодженого із Замовником, надавати послуги з дотриманням сучасних критеріїв якості надання медичної допомоги.

5.3.5. До початку надання послуг узгодити строки надання послуг.

5.3.6. Поетапно узгоджувати із Замовником час, відведений для надання послуг.

5.3.7. Надати Замовнику лікарські призначення й рекомендації для неухильного їх дотримання.

5.3.8. У разі виникнення під час надання послуг змін в обсязі платних медичних послуг, їх вартості поінформувати про це Замовника до надання додаткових послуг (окрім невідкладних випадків, що виникають під час надання послуг, за умови, що ненадання цих послуг призведе до негативних наслідків для здоров'я Замовника).

5.3.9. Забезпечити надання Замовнику всієї необхідної медичної допомоги, передбаченої Договором.

5.3.10. Дотримуватися принципу конфіденційності щодо інформації про стан здоров'я, факту звернення за медичною допомогою, видів і результатів медичних обстежень та оглядів, встановленого діагнозу та інших медичних відомостей, інтимного та сімейного життя Замовника (крім випадків, передбачених законодавством).

5.3.11. Надавати Замовнику медичну інформацію у межах і порядку, визначених чинним законодавством України.

5.4. Замовник зобов'язаний:

5.4.1. Повідомити Виконавцю достовірні дані про себе, необхідні для надання послуг.

5.4.2. З'являтися до Виконавця у встановлений медичним працівником Виконавця, залученим до надання послуг, час.

5.4.3. Неухильно дотримуватися всіх медичних призначень і рекомендацій, що забезпечують якісне та своєчасне надання послуг за Договором.

5.4.4. Здійснити оплату послуг у повному обсязі в порядку та строки, визначені розділом 3 Договору.

5.4.5. Після отримання послуг підписати Акт (Акти) надання послуг.

5.4.6. Під час перебування на території Виконавця неухильно дотримуватися правил, встановлених Виконавцем.

5.5. Замовник не має права відмовитись від оплати фактично наданих йому послуг.

6. Гарантії та відповідальність Сторін

6.1. Виконавець гарантує якісне надання платних медичних послуг Замовнику та збереження медичної інформації про Замовника, що стала відомою Виконавцю (працівнику Виконавця) у зв'язку з виконанням цього Договору.

6.2. Замовник гарантує достовірність інформації про себе (як персональних даних, так і медичної інформації), дотримання медичних приписів, рекомендацій.

6.3. Сторони несуть відповідальність за цим Договором згідно з чинним законодавством України.

6.4. Виконавець не несе відповідальності за здоров'я Замовника у разі:

6.4.1. не повідомлення Замовником суттєвої інформації про стан свого здоров'я, у тому числі наявність алергічних чи інших специфічних реакцій на медичні препарати (індивідуальну чутливість), наявність захворювань, які можуть вплинути на процес та результати надання послуг за Договором;

6.4.2. використання Замовником лікарських засобів та виробів медичного призначення неналежної якості або таких, що не призначені медичними працівниками Виконавця;

6.4.3. нез'явлення чи несвоєчасного з'явлення Замовника на заплановані візити чи контрольні огляди;

6.4.4. дострокового розірвання Договору з ініціативи Замовника;

6.4.5. недотримання Замовником приписів та рекомендацій медичного працівника, залученого до надання послуг за Договором;

6.4.6. інших порушень Замовником встановлених Виконавцем приписів та рекомендацій.

6.5. Сторони не несуть відповідальність за невиконання або неналежне виконання умов Договору у разі виникнення форс-мажорних обставин, які Сторони не могли передбачити і що перешкоджають Сторонам виконати свої обов'язки за Договором.

6.6. До форс-мажорних обставин належать стихійні лиха (бурі, циклони, повені, землетруси та інші природні та кліматичні явища); війна і воєнні дії, збройна агресія, заколот, блокада, масові заворушення, страйки та інші протиправні дії; технологічні чинники (відсутність електроенергії, пошкодження апаратури, аварії, пожежі тощо); акти державних органів, виконавчих органів влади та місцевого самоврядування, спрямовані на припинення або призупинення виконання дій за Договором, що перешкоджають нормальній діяльності Сторін, в тому числі зміни в нормативній та законодавчій базі, яка врегульовує правовідносини Сторін.

6.7. Сторона, яка не може виконувати свої договірні відносини внаслідок обставин, зазначених у пункті 6.6. Договору, має негайно повідомити про це іншу Сторону письмово будь-якими засобами, але не пізніше 10 (десяти) календарних днів із дати їх виникнення, а також підтвердити факт виникнення форс-мажорних обставин. У цьому повідомленні має бути зазначений строк виконання обов'язків за Договором.

6.8. Якщо форс-мажорні обставини тривають більше 6 (шести) місяців, кожна зі Сторін має право розірвати Договір. При цьому жодна зі Сторін не має права вимагати від іншої Сторони відшкодування збитків.

7. Строк дії Договору, внесення змін до нього та розірвання, інші умови

7.1. Договір набирає чинності у відношенні до конкретного Замовника з моменту підписання Замовником заяви на приєднання до даного Договору та діє до повного виконання Сторонами своїх зобов'язань з урахуванням положень цього Договору.

7.2. 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 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.

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

7.4. Виконавець має право припинити пропозицію надання платних медичних послуг в односторонньому порядку, попередивши шляхом розміщення оголошення про це на своєму сайті не пізніше ніж за 5 (п'ять) робочих днів до такого припинення.

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

7.5.1. за ініціативою Замовника, шляхом письмового інформування Виконавця;

7.5.2. за ініціативою Виконавця, у випадках передбачених цим Договором;

7.5.3. за взаємною згодою Сторін.

7.6. У разі неприбуття Замовника в час, узгоджений з медичним працівником Виконавця, залученим до надання послуг за Договором, без поважних причин та попереднього повідомлення, цей Договір вважається розірваним.

7.7. У разі односторонньої відмови Замовника від ще не наданих послуг Договір вважається розірваним в день відмови Замовника.

7.8. Виконавець є неприбутковою організацією, платником ПДВ.

8. Порядок вирішення спорів і розбіжностей

8.1. Сторони прийшли до згоди, що всі спори (розбіжності), які можуть виникнути при виконанні умов даного Договору, повинні вирішуватися шляхом переговорів.

8.2. У випадках неможливості досягнення згоди шляхом переговорів спір передається на вирішення до суду і розглядається в установленому порядку згідно з чинним законодавством і умовами даного Договору.

9. Додатки

9.1. Невід'ємною частиною цього Договору є нижченаведені додатки:

9.1.1. Додаток 1 «Заява –приєднання до договору про надання платних медичних послуг»

9.1.2. Додаток 2 « Акт надання послуг».

9.1.3. Додаток 3 «Заява фізичної особи – платника на користь Замовника».

10. Реквізити Виконавця

Повне найменування: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СЛУЖБИ КРОВІ»

Скорочене найменування: КНП ХОР «ОЦСК»

Місцезнаходження: 61201, м. Харків, вул. Клочківська, 366

Розрахунковий рахунок (реквізити для оплати послуг Замовником):

код ЄДРПОУ 02001699

UA633515330000026007052161759

АТ КБ «ПРИВАТБАНК»

Контактний номер телефону: +380573378501

E-mail khocsk@ukr.net

Сайт Виконавця <https://bloodservice.org.ua>

Сайт Центру гемокорекції <https://www.gemokor.kh.ua/>

Додаток 1 до
Публічного договору
про надання платних медичних послуг,
затвердженого наказом КНП ХОР
«ОЦСК» від 27.12.2024 № 256

**Заява про приєднання № _____
до Публічного договору про надання платних медичних послуг, затвердженого
наказом КНП ХОР «ОЦСК» від 27.12.2024 № 256**

м. Харків

«_____» _____ 202__ р.

Публічний договір про надання платних медичних послуг, затверджений наказом КНП ХОР «ОЦСК» від 27.12.2024 № 256, (далі – Договір), визначений у цій Заяві про приєднання, укладається лише шляхом приєднання Замовника до запропонованого Договору в цілому, Замовник не може запропонувати свої умови до цього Договору. У випадку незгоди зі змістом та формою Договору чи окремих його положень, Замовник має право відмовитися від його укладення.

Заява заповнюється у двох оригінальних примірниках українською мовою.

Я, _____,
дата, місяць, рік народження _____,
документ, який посвідчує особу _____,
ідентифікаційний номер _____,
місцепроживання _____,
контактний номер телефону _____,
e-mail _____, (далі – Замовник),
шляхом підписання цієї Заяви про приєднання до Публічного договору про надання платних медичних послуг, затвердженого наказом КНП ХОР «ОЦСК» від 27.12.2024 № 256 (далі – Договір), приймаю умови пропозиції, викладеної у Договорі, та укладаю Договір з Виконавцем шляхом приєднання до визначеної форми Договору та всіх його умов в цілому:

1. Реквізити Виконавця:

Повне найменування: КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ «ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СЛУЖБИ КРОВІ»

Скорочене найменування: КНП ХОР «ОЦСК»

Місцезнаходження: 61201, м. Харків, вул. Клочківська, 366

Код ЄДРПОУ 02001699

Розрахунковий рахунок (реквізити для оплати послуг Замовником):

код ЄДРПОУ 02001699

UA633515330000026007052161759

АТ КБ «ПРИВАТБАНК»

Контактний номер телефону: +380573378501

E-mail khocsk@ukr.net

Сайт Виконавця <https://bloodservice.org.ua>

Сайт Центру гемокорекції <https://www.gemokor.kh.ua/>

2. Місце надання послуг: 61201, м. Харків, вул. Клочківська, 366.

3. З умовами надання послуг, умовами Договору ознайомлений(а) та повністю згоден (на). Приймаю на себе зобов'язання дотримання усіх умов цього Договору з моменту підписання цієї Заяви про приєднання до Договору.

4. Шляхом підписання цієї Заяви про приєднання до Договору надаю згоду Виконавцю на обробку своїх персональних даних та доступ до персональних даних третіх осіб у випадках передбачених чинним законодавством України, в тому числі внесення моїх персональних даних до інформаційної системи, яка функціонує у Виконавця.

5. З метою надання медичних послуг, передбачених Договором, своїм підписом на цій Заяві про приєднання засвідчую, що мені роз'яснено права та обов'язки, встановлені законодавством України, а також мої права, як суб'єкта персональних даних, відповідно до статті 8 Закону України «Про захист персональних даних».

6. Підписанням даної Заяви про приєднання підтверджую достовірність зазначених вищевказаних даних та несу персональну відповідальність за достовірність та повноту наданих даних.

ПІБ та підпис Замовника _____

Дата підписання Заяви про приєднання _____

Додаток 2 до
Публічного договору
про надання платних медичних послуг,
затвердженого наказом КНП ХОР
«ОЦСК» від 27.12.2024 № 256

Акт надання послуг (зразок)

Додаток 1
до наказу КНП ХОР «ОЦСК»
від 27.09.2024 №186

ВИКОНАВЕЦЬ

ЗАМОВНИК

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ
ПІДПРИЄМСТВО ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
РАДИ "ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР СЛУЖБИ КРОВІ"

код за ЄДРПОУ 02001699, тел. 057-337-85-01,
UA633515330000026007052161759 у банку ПАТ
"ПРИВАТБАНК", м. Харків
61201, Харківська обл, м.Харків, вул.Клочківська,
будинок № 366

(ПІБ)

АКТ № _____ надання послуг від _____

Ми, що нижче підписалися, Замовник _____ з одного боку, і

(ПІБ)

представник

Виконавця _____

(Посада, ПІБ)

з іншого боку, склали цей акт про те, що на підставі Публічного договору про надання платних медичних послуг Виконавець надав в повному обсязі такі послуги:

№	Найменування послуги	Кількість	Од.	Ціна з ПДВ	Сума з ПДВ
				Всього	
				У тому числі ПДВ 20%	

Загальна вартість наданих послуг склала без ПДВ _____ гривень
_____ копійок, ПДВ _____ гривень _____ копійок

Загальна вартість послуг із ПДВ _____ гривень _____ копійок

Замовник претензій по об'єму, якості та строкам надання послуг не має.

Місце складання: м. Харків

Представник Виконавця

Замовник

(Посада, ПІБ)

(ПІБ)

Додаток 3 до
Публічного договору
про надання платних медичних послуг,
затвердженого наказом КНП ХОР
«ОЦСК» від 27.12.2024 № 256

Заява фізичної особи – платника на користь Замовника (зразок)

Директору КНП ХОР «ОЦСК»
Олені МАЛИГОН

_____ (ім'я, прізвище)

який(а) мешкає _____

З А Я В А

Прошу прийняти оплату за платні медичні послуги у сумі _____

_____ грн. за _____ згідно

Публічного договору про надання платних медичних послуг, затвердженого наказом КНП ХОР «ОЦСК» від 27.12.2024 № 256 шляхом перерахування на банківський рахунок КНП ХОР «ОЦСК»

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 року № 2297-УІ даю згоду на обробку моїх персональних даних: прізвище, ім'я, адреса мешкання.

_____ (дата)

_____ (підпис)

Директору КНП ХОР «ОЦСК»
Олені МАЛИГОН

_____ (ім'я, прізвище)

який(а) мешкає _____

З А Я В А

Прошу прийняти оплату за стоматологічні послуги у сумі _____

гривень, за _____ згідно Публічного договору про надання платних

медичних послуг, затвердженого наказом КНП ХОР «ОЦСК» від 27.12.2024 № 256 шляхом перерахування на банківський рахунок КНП ХОР «ОЦСК»

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» від 1 червня 2010 року № 2297-УІ даю згоду на обробку моїх персональних даних: прізвище, ім'я, адреса мешкання.

_____ (дата)

_____ (підпис)