

ПУБЛІЧНИЙ ДОГОВІР ПРО НАДАННЯ ПЛАТНИХ ПОСЛУГ

м. Новояворівськ

30.09.2024

Комунальне некомерційне підприємство «Новояворівська лікарня імені Юрія Липи» Новояворівської міської в особі директора Родича Андрія Івановича, що діє на підставі Статуту (далі — Заклад охорони здоров'я або Заклад), керуючись статтею 633, статтею 641 Цивільного кодексу України, пропонує необмеженому колу фізичних осіб, які звернулася до Закладу охорони здоров'я з метою отримання послуг (далі - Пацієнт/Замовник), укласти цей Публічний договір про надання платних послуг (далі — Договір) на нижченаведених умовах:

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

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

1.2. Умови Договору визначаються Закладом охорони здоров'я самостійно та у відповідності до чинного законодавства України. Договір та/або його окремі положення можуть бути змінені Закладом охорони здоров'я з обов'язковим повідомленням про це Пацієнта/Замовника шляхом опублікування на web-сайті Закладу охорони здоров'я та іншому місці доступному для Пацієнтів/Замовників. Продовження користування платними послугами свідчить про згоду Пацієнта/Замовника з внесеними до Договору змінами.

1.3. Укладенням договору Пацієнт/Замовник підтверджує, що він ознайомлений і погоджується з умовами Договору та Переліком платних послуг і тарифів на них, що розміщені на web-сайті Закладу охорони здоров'я та іншому місці доступному для Пацієнта/Замовника, а також надає свою згоду на збір та обробку своїх персональних даних в порядку, визначеному чинним законодавством України.

1.4. Цей Договір є обов'язковим для виконання Закладом охорони здоров'я з моменту його оприлюднення на Сайті Закладу охорони здоров'я, а для Пацієнта/Замовника — з моменту акцепту Договору. Акцептування всіх істотних умов Договору здійснюється без підпису письмового примірника Договору сторонами. Свідченням повного та безумовного акцепту (прийняття) умов даного Договору, а також датою укладання даного Договору, є здійснення Пацієнтом/Замовником підтверджуючих дій. Такими діями можуть вважатися:

- початок одержання платних послуг;
- оплата за платні послуги.

1.5. В цьому Договорі нижченаведені терміни, поняття і визначення мають та вживаються у такому значенні:

Договір про надання платних послуг з медичного обслуговування — договір приєднання, який встановлює однакові для кожного Пацієнта/Замовника підстави отримання таких послуг на умовах публічної оферти з моменту її акцептування останнім (далі Договір).

Публічна оферта — пропозиція Виконавця, що адресована Пацієнту/Замовнику приєднатися до цього Договору на умовах і в порядку, що ним передбачені.

Акцепт — підтвердження Пацієнтом/Замовником повної та безумовної згоди укласти Договір з Виконавцем на умовах, що передбачені публічною офертою. Шляхом підписання відповідно заяви про приєднання до цього Договору.

Заява про приєднання — форма вираження безумовної згоди Пацієнта/Замовника приєднатися до цього Договору, оформлена в письмовому вигляді. Форма заяви про приєднання затверджені Додатком 1 до цього Договору.

Платна послуга — певна дія або сукупність дій, які здійснюються медичними працівниками Закладу охорони здоров'я з метою діагностики, лікування, профілактики або реабілітації захворювань, патологій або станів Пацієнта.

Замовник — фізична особа, яка володіє повною дієздатністю, яка акцептувала умови Договору.

Пацієнт — фізична особа, яка звернулася до Закладу охорони здоров'я для отримання платних послуг та якій безпосередньо надаються такі послуги Закладом охорони здоров'я. У випадку, якщо Пацієнтом є особа, яка володіє неповною, частковою дієздатністю, або дієздатність якої обмежена, цей Договір в інтересах такої особи може бути укладений її законним представником. В такому випадку стороною Договору та Замовником послуг виступає законний представник такої особи, і проведення реєстрації та оплата послуг повинна виконуватись представником.

Медичне обслуговування — діяльність Закладу охорони здоров'я у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням.

Якість медичної допомоги (платної послуги) — надання медичної допомоги (платної послуги) та проведення інших заходів щодо організації надання Закладом охорони здоров'я медичної допомоги (платної послуги) відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Стандарти медичної допомоги — сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду або показники якості медичної послуги, які розробляють з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки та практики.

Інформована добровільна згода — згода Пацієнта/Замовника, або у випадках передбачених законодавством, його законного представника на проведення діагностики, профілактики, лікування та на проведення операції та знеболення, яку оформлюють у письмовому вигляді шляхом підписання затвердженої форми.

Персональні дані Пацієнта - відомості чи сукупність відомостей про особу Пацієнта, до яких належить Прізвище, ім'я, по батькові, дата народження, місце проживання, номери засобів зв'язку, а також інша інформація, що стосується Пацієнта і яку Заклад охорони здоров'я може використати з метою ідентифікації особи Пацієнта.

Місце надання платних послуг - місце провадження Виконавцем господарської діяльності з медичної практики, в якому Пацієнту/Замовнику надають платні послуги.

Працівник Виконавця - медичний працівник, який відповідно до законодавства має право надавати медичні послуги та перебуває з Виконавцем у трудових відносинах.

Лікуючий лікар - лікар який надає медичні послуги Пацієнту в Закладі охорони здоров'я.

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. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

2.1. Заклад охорони здоров'я в порядку та на умовах визначених цим Договором за дорученням Замовника зобов'язується надати Пацієнту платні послуги, передбачені Переліком платних послуг та тарифів на них, затверджених наказом по Закладу, на підставі усного або письмового звернення Пацієнта/Замовника, а Пацієнт/Замовник зобов'язується прийняти та оплатити надані платні послуги.

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

2.3. Місце надання платних послуг: КНП «НЛ ім. Ю. Липи» НМР, вул. Шевченка, 18, м. Новояворівськ.

2.4. Надання платних 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 послуги та перед наданням платних послуг, перелік яких визначається Закладом охорони здоров'я.

2.5. Заклад охорони здоров'я не має права розголошувати третім особам інформацію про хворобу, медичне обстеження, огляд та їх результати, інтимну і сімейну сторони життя Пацієнта, яка стала відома Закладу охорони здоров'я у зв'язку із виконанням цього Договору, крім випадків, передбачених законодавством України, та іншими договорами, в тому числі добровільного страхування.

2.6. Сторони гарантують, що кожна зі Сторін володіє необхідною дієздатністю, всіма правами і повноваженнями, необхідними і достатніми для укладання та виконання даного Договору відповідно до його умов.

3. ЦІНА ДОГОВОРУ ТА ПОРЯДОК ЗДІЙСНЕННЯ ОПЛАТИ

3.1. Ціна цього Договору визначається, як сума наданих Закладом охорони здоров'я та прийнятих Пацієнтом/Замовником платних послуг Пацієнту.

3.2. Вартість кожної платної послуги визначається згідно Переліку платних послуг та тарифів на них, розміщених на сайті Закладу охорони здоров'я, на дату надання Пацієнту такої послуги.

3.3. Оплата наданих платних послуг здійснюється Пацієнтом/Замовником в день надання послуги або на початку надання послуги одним із нижченаведених способів за вибором Пацієнта/Замовника:

- через платіжний термінал та/або програмно-технічних комплекс самообслуговування (ПТКС), який належить банку;
- шляхом перерахування коштів на банківський рахунок Медзакладу через касу банку;
- шляхом здійснення платежу за допомогою платіжної картки із використанням платіжного пристрою банку Закладу охорони здоров'я;
- іншим способом не забороненим чинним законодавством України

3.4. Реквізити для здійснення платежу за безготівковим розрахунком наведено в додатку 2.

4. ПОРЯДОК НАДАННЯ ТА ПРИЙМАННЯ-ПЕРЕДАЧІ ПОСЛУГ

4.1. Платні послуги надаються медичними працівниками Закладу охорони здоров'я, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам відповідно до законодавства України.

4.2. До початку надання платних послуг Лікуючий лікар або інший медичний персонал повідомляє Пацієнту перелік, склад та вартість всіх платних послуг, надання яких вважає доцільним, та в усній формі погоджує з Пацієнтом перелік та вартість всіх платних послуг, які будуть надані Закладом охорони здоров'я за призначенням цього Лікуючого лікаря.

4.3. Платні послуги амбулаторної служби закладу надаються за попереднім записом, який здійснюється за телефоном: +380962621164; +380978513671; та інші канали електронного запису (MIS ASKEP). Дата та час надання платної послуги погоджується Закладом охорони здоров'я та Пацієнтом в усній формі.

4.4. Дату та час надання платної послуги може бути змінено з ініціативи Пацієнта до настання терміну надання такої послуги.

4.5. Дату та час надання платної послуги може бути змінено з ініціативи Закладу охорони здоров'я у разі:

4.5.1. Якщо стан здоров'я Пацієнта перед початком надання платної послуги унеможливає її надання або значним чином збільшує ризики виникнення ускладнень, загрози життю чи здоров'ю Пацієнта або інших тяжких чи негативних наслідків;

4.5.2. Виникнення обставин непереборної сили, які унеможливають надання платної послуги Закладом охорони здоров'я.

- 4.6. Наявність обставин, передбачених підпунктом 4.5.2. цього Договору, встановлюється Закладом охорони здоров'я та повідомляється Пацієнту.
- 4.7. 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.
- 4.8. Додатковим доказом укладання цього договору може бути письмовий документ складений Закладом охорони здоров'я (Акт прийому-передачі наданих послуг). Проте дана умова не є обов'язковою.
- 4.9. Пацієнт/Замовник може надати письмову мотивовану відмову від підписання Акту приймання-передачі наданих платних послуг.
- 4.10. У разі, якщо Пацієнт/Замовник не надав письмову мотиваційну відмову від підписання Акту приймання-передачі наданих платних послуг, така послуга вважається належним чином наданою Закладом охорони здоров'я та належним чином прийнята Пацієнтом/Замовником.
- 4.11. Пацієнт/Замовник підтверджує, що Закладом охорони здоров'я йому роз'яснено права та обов'язки, встановлені законодавством України.

5. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

5.1. Заклад охорони здоров'я зобов'язується:

- 5.1.1. Надавати Пацієнту платні послуги належної якості в порядку та на умовах, визначених цим Договором.
- 5.1.2. Використовувати якісні лікарські засоби та вироби медичного призначення, дозволені для використання в Україні.
- 5.1.3. Належним чином (повно та доступно) інформувати Замовника та/або Пацієнта про мету, терміни надання платних послуг, ефективність обраних методик, а також про можливі ризики та ускладнення під час та після їх застосування.
- 5.1.4. Дотримуватися конфіденційності інформації про стан здоров'я Пацієнта, результати медичних обстежень та оглядів.
- 5.1.5. Вести та зберігати медичну документацію і звітність відповідно до вимог законодавства України.
- 5.1.6. Повідомляти Пацієнта/Замовника про зміни в цьому Договорі, його Додатках, Прейскуранті цін шляхом розміщення інформації на web-сайті Закладу охорони здоров'я.
- 5.1.7. Приймати оплату за послуги відповідно до умов Договору.
- 5.1.8. У разі не надання послуги Замовник зобов'язується повернути кошти згідно заяви на повернення коштів Пацієнта/Замовника.

5.2. Пацієнт/Замовник зобов'язується:

- 5.2.1. Приймати належним чином надані Закладом охорони здоров'я платні послуги, які є предметом даного Договору.
- 5.2.2. 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 і продукти харчування та іншу суттєву інформацію про стан свого здоров'я, які заносяться до медичної документації.
- 5.2.3. Надавати оригінали чи копії документів, що містять інформацію про стан свого здоров'я, які необхідні Закладу охорони здоров'я для надання платних послуг.
- 5.2.4. Підписати від імені та в інтересах Пацієнта всі необхідні медико-правові документи.
- 5.2.5. Неухильно дотримуватись усних чи письмових приписів і рекомендацій лікарів Закладу охорони здоров'я, в тому числі плану лікування.
- 5.2.6. Здійснити оплату вартості платних послуг на умовах цього Договору до моменту надання платних послуг.

5.2.7. Повідомляти Заклад охорони здоров'я про виявлені недоліки в процесі отримання платних послуг, які є предметом цього Договору, шляхом письмового звернення до Виконавця. В протилежному випадку Заклад охорони здоров'я не несе відповідальності за негативні наслідки, які можуть мати місце в результаті неповідомлення/несвоєчасного повідомлення про такі недоліки.

5.2.8. Повідомляти Заклад охорони здоров'я про покращення або погіршення самопочуття, появу або зникнення симптомів та іншу інформацію про зміни стану свого здоров'я протягом строку лікування.

5.3 Заклад охорони здоров'я має право:

5.3.1. Якщо інформація про хворобу Пацієнта може погіршити стан його здоров'я або зашкодити процесу лікування, Заклад охорони здоров'я має право надати неповну інформацію про стан здоров'я Пацієнта, обмежити можливість його ознайомлення з окремими медичними документами.

5.3.2. Відмовити Пацієнту/Замовнику в наданні платної послуги (чи призупинити її надання) у випадках:

— виявлення у Пацієнта під час обстеження захворювань (патології), методи лікування (виправлення) яких не входять до зазначеного у ліцензії Закладу охорони здоров'я переліку дозволених видів медичної практики;

— виявлення у Пацієнта під час обстеження протипоказань, що можуть суттєво вплинути на ефективність застосування обраного методу лікування;

— неприбуття Пацієнта, без поважних причин, в установлені дату та час для отримання відповідної платної послуги;

— не надати платну послугу в разі неповної оплати вартості платної послуги.

5.3.3. Достроково припинити надання послуги Пацієнту у випадку порушення приписів лікуючого лікаря або умов цього Договору.

5.3.4. В односторонньому порядку змінити умови Договору та/або Тарифи на платні послуги, перелік яких наведений у Додатку 3 до Договору, внести зміни в сам перелік платних послуг.

5.3.5. Відмовитись від надання платних послуг в разі порушення Пацієнтом умов цього Договору

5.4 Пацієнт/Замовник має право:

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

5.4.2. Має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

5.4.3. Отримувати достовірну та повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі ознайомлюватись з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я, які зберігаються у Зкладі охорони здоров'я.

5.4.4. 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 платних послуг.

5.5.4. У випадку, коли Пацієнт не отримав оплачену послугу, він має право написати заяву на повернення коштів, де в обов'язковому порядку вказуються реквізити Установи банку, МФО банку, Отримувач платежу (ППП), IBAN UA __, РНОКПП (ідентифікаційний код) отримувача). У випадку відсутності в заяві Пацієнта/Замовника цих відомостей, Виконавець не гарантує повернення коштів.

6. ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН. ФОРС-МАЖОР

- 6.1. 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.
- 6.2. Заклад охорони здоров'я не несе відповідальності у разі виникнення ускладнень у Пацієнта або за шкоду, заподіяну життю та здоров'ю Пацієнта в результаті:
- невиконання Пацієнтом обов'язків, передбачених цим Договором, зокрема приписів і рекомендацій лікарів Закладу охорони здоров'я, Плану лікування, тощо;
 - неповідомлення Пацієнтом суттєвої інформації про стан свого здоров'я;
 - використання лікарських засобів та виробів медичного призначення неналежної якості або таких, що не призначені лікарями Закладу охорони здоров'я;
 - неповідомлення Пацієнтом інформації, передбаченої пунктом 5.2.8. цього Договору;
 - отримання медичної допомоги в інших закладах охорони здоров'я;
 - розвитку захворювань чи патологій, які не пов'язані з наданням платних послуг за цим Договором.
- 6.3. Заклад охорони здоров'я звільняється від відповідальності, якщо настання ускладнень відбулося не з вини Закладу охорони здоров'я (не пов'язано з якістю платних послуг, що надаються Пацієнту Закладом охорони здоров'я).
- 6.4. 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.

7. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

- 7.1. У випадку виникнення спорів або розбіжностей Сторони зобов'язуються вирішувати їх шляхом взаємних переговорів та консультацій.
- 7.2. У випадку ухвалення рішення Виконавцем про повернення коштів за послугу згідно заяви Пацієнта/Замовника, кошти повертаються згідно п.5.5.4. цього Договору протягом 15-ти календарних днів з моменту, коли Виконавець одержав підписану заяву директором установи.
- 7.3. У разі недосягнення Сторонами згоди спори (розбіжності) вирішуються у судовому порядку відповідно до законодавства України.

8. СТРОК ДІЇ ДОГОВОРУ ТА ІНШІ УМОВИ

- 8.1. Договір починає свою дію з моменту його укладання (акцепти оферти) та діє до моменту повного виконання Сторонами зобов'язань по ньому.
- 8.2. Цей Договір публічно доводиться до відома всіх Пацієнтів/Замовників, шляхом його розміщення (оприлюднення) на Сайті Виконавця: <https://novoyavorivsk-hospital.com/>
- 8.3. Заклад охорони здоров'я має право в односторонньому порядку, без попереднього повідомлення Пацієнта/Замовника вносити зміни в текст даного Договору. Зміни до цього Договору вносяться Закладом охорони здоров'я в односторонньому порядку та оприлюднюються:
- на офіційному веб-сайті Закладу охорони здоров'я : <https://novoyavorivsk-hospital.com/> ;

- на паперових носіях у відділеннях Закладу охорони здоров'я.

8.4. Заклад охорони здоров'я не має права відмовитися від укладення цього Договору за наявності у нього можливості (в тому числі технічної, кадрової, організаційної, тощо) надати Пацієнту платні послуги.

8.5. Умови цього Договору стосовно оплати платних послуг не розповсюджуються на випадки надання Пацієнтам послуг, які оплачуються Закладу охорони здоров'я страховими компаніями відповідно до договорів страхування або іншими третіми особами, відповідно до умов відповідних договорів.

8.6. Цей Договір може бути розірваний у порядку та в спосіб, встановленими законодавством України.

8.7. Приєднанням до цього договору Пацієнт надає згоду на внесення своїх персональних даних до локальної інформаційної системи, яка є у Закладі охорони здоров'я. Обробка персональних даних за цим Договором необхідна виключно для цілей охорони здоров'я, встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання платних послуг та здійснюється медичним працівником або іншою особою Закладу, на яку покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та на яку поширюється законодавство про лікарську таємницю. Права Пацієнта щодо обробки його персональних даних визначені статтею 8 Закону України «Про захист персональних даних» Правовий режим роботи Закладу охорони здоров'я із персональними даними визначається Законом України «Про захист персональних даних».

9. АДРЕСА ТА РЕКВІЗИТИ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

КНП «НЛ ім. Ю. Липи» НМР

Адреса: м. Новояворівськ, вул. Шевченка, 18

р/р UA 913257960000026008300418327

АТ «ОЩАДБАНК»

ЄДРПОУ 20763289



Директор

Андрій РОДИЧ

Узгоджено
Юрисконсулът

Оксана МИКИЧ

ЗАЯВА НА ПРИЄДНАННЯ *

Я _____

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

з умовами Публічного договору про надання платних послуг від 02.10.2024 р. (далі — Договір), розміщеного на web-сайті Закладу охорони здоров'я : <https://novoyavorivsk-hospital.com/> та/або на паперових носіях в місці доступному для ознайомлення Замовниками **ознайомлений(на) та повністю згоден(на)**.

Визнаю обов'язковість усіх умов Договору з моменту підписання цієї заяви на приєднання. 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 Зкладі охорони здоров'я, з метою надання послуг передбачених таким Договором за умови дотримання їх захисту відповідно до вимог Закону України “Про захист персональних даних”.

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 їх достовірність та повноту.

Надаю свою згоду на супроводження та перебування разом з Пацієнтом під час отримання платних послуг у Зкладі 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 приходитьсья)

*Заява-приєднання до Публічного договору про надання платних послуг.

Пацієнт/Замовник _____

(підпис, прізвище та ініціали)

Працівник Закладу охорони здоров'я,
який прийняв заяву на приєднання _____

(підпис, прізвище та ініціали)

**Акт приймання-передачі
наданих платних медичних послуг**

Виконавець Комунальне некомерційне підприємство «Нововорівська лікарня імені Юрія Липи» Нововорівської міської ради в особі лікаря _____, що діє на підставі Статуту (далі-Заклад), та фізична (юридична) особа _____ (далі-Пацієнт/Замовник) склали цей Акт приймання-передачі наданих платних медичних послуг, який підтверджує належне надання Закладом нижченаведених медичних послуг:

№	Найменування послуги	Ціна послуги, грн.	Дата надання послуги	Кількість послуг	Сума з ПДВ грн
	Загальна вартість наданих послуг з ПДВ				

Замовник підтверджує, що не має претензій та зауважень стосовно кількості, обсягу та якості в наданих медичних послуг, що зазначені у цьому Акті приймання-передачі, та приймає вищенаведені послуги.

Виконавець
КНП «НЛІ ім. Ю. Липи» НМР
ВУЛ. ШЕВЧЕНКА, 18

Пацієнт/Замовник

Надавач послуги
Лікар _____

М.П. _____

**Акт приймання-передачі
наданих платних медичних послуг**

Виконавець Комунальне некомерційне підприємство «Нововорівська лікарня імені Юрія Липи» Нововорівської міської ради в особі лікаря _____, що діє на підставі Статуту (далі-Заклад), та фізична (юридична) особа _____ (далі-Пацієнт/Замовник) склали цей Акт приймання-передачі наданих платних медичних послуг, який підтверджує належне надання Закладом нижченаведених медичних послуг:

№	Найменування послуги	Ціна послуги, грн.	Дата надання послуги	Кількість послуг	Сума з ПДВ грн
	Загальна вартість наданих послуг з ПДВ				

Замовник підтверджує, що не має претензій та зауважень стосовно кількості, обсягу та якості в наданих медичних послуг, що зазначені у цьому Акті приймання-передачі, та приймає вищенаведені послуги.

Виконавець
КНП «НЛІ ім. Ю. Липи» НМР
ВУЛ. ШЕВЧЕНКА, 18

Пацієнт/Замовник

Надавач послуги
Лікар _____

М.П. _____