

від «15» жовтня 2025р.

ДОГОВІР ПУБЛІЧНОЇ ОФЕРТИ ПРО НАДАННЯ ПОСЛУГ З МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА ПЛАТУ ВІД ФІЗИЧНИХ ТА ЮРИДИЧНИХ ОСІБ

Державна установа «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського Національної академії медичних наук України, генерального директора ФЕЩЕНКА Юрія Івановича, що діє на підставі Статуту (надалі – «Виконавець»), пропонує необмеженому колу фізичних осіб, які звернулися до Виконавця для отримання медичних послуг (надалі – «Пацієнт»), укласти цей Договір публічної оферти про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від фізичних та юридичних осіб (надалі – Договір).

1. ЗАГАЛЬНІ УМОВИ

1.1. Цей Договір є публічною офертою та вважається укладеним з моменту, коли Пацієнт здійснив дії, що свідчать про прийняття його умов (акцепт оферти), зокрема: звернувся до Виконавця для отримання платних медичних послуг, записався на прийом, заповнив заяву-приєднання або здійснив оплату послуг.

1.2. Надання медичних послуг розпочинається після підписання Пацієнтом інформованої добровільної згоди на проведення діагностики, лікування, операції та знеболення відповідно до вимог законодавства.

1.3. Кожна Сторона гарантує, що має необхідну дієздатність та повноваження для укладення та виконання цього Договору.

1.4. До початку отримання Послуг Пацієнт зобов'язаний ознайомитися з умовами цього Договору, тарифами на Послуги, розміщеними на сайті Виконавця.

1.5. У разі укладення між сторонами окремого письмового договору, перевагу мають умови окремо укладеного договору між Виконавцем та Пацієнтом.

1.6. Сайт Виконавця – <http://www.ifp.kiev.ua>.

2. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ

2.1. Виконавець зобов'язується надати Пацієнтові медичні послуги (надалі – «Послуги»), в межах переліку, затвердженого Виконавцем, а Пацієнт – прийняти та оплатити їх.

2.2. Послуги надаються згідно із стандартами МОЗ України, медичними протоколами, станом здоров'я Пацієнта та можливостями Виконавця.

2.3. Місця надання Послуг: 03038, Україна, місто Київ, вулиця Миколи Амосова, 10; 90575, Україна, Закарпатська обл., смт. Солотвино, вул. Терека 4

2.4. Години прийому встановлюються Виконавцем.

2.5. Послуги надаються за наявності добровільної згоди Пацієнта.

3. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН

3.1. Права Пацієнта:

- приєднатися до Договору;
- отримувати якісні медичні послуги;
- отримувати повну інформацію про стан здоров'я;
- контролювати якість та обсяг наданих Послуг;
- на будь-якому етапі лікування відмовитися від подальшого одержання медичних послуг, оплативши вартість фактично наданих послуг.

3.2. Обов'язки Пацієнта:

- ознайомитися з умовами Договору, тарифами та інформацією про послуги, що надаються, та шляхом підписання інформованої добровільної згоди на проведення медичного втручання підтвердити, що йому/їй надано повну інформацію про послугу, її вартість і умови надання, та що він/вона погоджується з ними;
- своєчасно з'являтися на прийом;
- надавати правдиву інформацію про стан здоров'я;
- виконувати рекомендації лікаря;
- у випадку погіршення самопочуття, появи болю, дискомфорту або претензій до якості лікування протягом всього часу отримання медичних послуг невідкладно інформувати про це Виконавця;
- здійснювати оплату вчасно.

3.3. Права Виконавця:

- Вносити зміни до умов цього Договору (публічної оферти), а також до переліку та вартості Послуг. Такі зміни набирають чинності з моменту їх оприлюднення на офіційному веб-сайті Виконавця та застосовуються до правовідносин, що виникають після цього моменту;
- відмовити у наданні Послуг у випадках, передбачених цим Договором (наприклад, у разі порушення режиму, відмови від оплати тощо).

3.4. Обов'язки Виконавця:

- забезпечити надання Послуг відповідно до вимог стандартів і законодавства;
- використовувати сертифіковані медичні препарати та обладнання;
- надавати Пацієнтові медичну інформацію у межах і порядку, визначеному чинним законодавством України;
- доводити до відома Пацієнта про всі незалежні від Виконавця обставини, що можуть вплинути на терміни та якість надання Послуг.

4. ЦІНА ДОГОВОРУ ТА РОЗРАХУНКИ

- 4.1. Вартість Послуг встановлюється відповідно до затверджених чинних тарифів на момент звернення Пацієнта.
- 4.2. Сума Договору дорівнює сумі наданих Послуг.
- 4.3. Оплата здійснюється:
 - безготівково;
 - через платіжні системи.
- 4.4. Послуги оплачуються до або після їх надання.
- 4.5. Кожна окрема медична послуга (консультація, повторна консультація, діагностичне обстеження, лабораторне дослідження, лікувальна маніпуляція тощо) надається за окрему плату відповідно до затверджених тарифів.
- 4.6. Акт приймання-передачі Послуг оформлюється на вимогу Пацієнта.

5. ГАРАНТІЇ ТА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ СТОРІН

5.1. Виконавець гарантує дотримання стандартів надання медичних послуг та збереження медичної інформації про пацієнта, що стала відомою Виконавцю (працівнику Виконавця) у зв'язку з виконанням цього Договору.

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

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

5.4. Виконавець не несе відповідальності за здоров'я пацієнта у разі відмови останнього від виконання медичних приписів або порушення Пацієнтом встановленого для нього режиму лікування.

5.5. У разі відмови Замовника від отримання медичних послуг до фактичного надання таких послуг - Виконавець повертає Пацієнтові сплачену суму вартості медичної послуги.

5.6. У разі відмови Замовника від отримання медичних послуг під час фактичного надання таких послуг - Замовник компенсує Виконавцю фактичні витрати, які той поніс під час надання послуги.

5.7. Невиконання або неналежне виконання умов цього Договору виключає юридичну відповідальність, якщо воно є наслідком обставин, що знаходяться поза сферою контролю сторін Договору: війна, пожежа, повінь, землетрус, страйк тощо (форс-мажорні обставини). Наявність форс-мажорних обставин підтверджують компетентні державні органи України.

6. ІНШІ УМОВИ

6.1. Договір є публічним (публічною офертою) і діє безстроково з моменту його оприлюднення.

6.2. Дострокове розірвання можливе:

– за згодою сторін;

– у разі порушення Цього Договору або окремого письмового Договору.

6.3. Виконавець має право вносити зміни до Договору.

6.4. Зміни оприлюднюються на сайті.

6.5. Зміни до Договору набирають чинності з моменту публікації на сайті.

6.6. Пацієнт вважається повідомленим з моменту публікації.

6.7. Пацієнт погоджується на обробку персональних даних згідно із Законом України «Про захист персональних даних».

6.8. Уся медична документація, що ведеться Виконавцем, інформація, яка міститься у медичній документації належить Виконавцю. Пацієнт має право на ознайомлення з такою інформацією та отримання копій у порядку, передбаченому законодавством України.

6.9. Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування, операції та знеболення є невід'ємним додатком до цього Договору та підтверджує факт ознайомлення Пацієнта з умовами та вартістю надання медичних послуг.

7. РЕКВІЗИТИ ВИКОНАВЦЯ

**Державна установа «Національний науковий центр фтизіатрії,
пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського
Національної академії медичних наук України**

Юридична адреса: 03038, Україна, місто Київ,

вулиця Миколи Амосова, будинок, 10

ЄДРПОУ 45227272

р/р UA928201720313231005201056161

в ДКСУ у м. Київ,

код банку 820172

ПНН 452272726583,

телефон: (044) 275-21-18

e-mail: ehhealth@ifp.kiev.ua

сайт: www.ifp.kiev.ua

 Міністерство охорони здоров'я України ННЦ ФПА НАМНУ 03038 Україна, м. Київ, вул. М. Амосова, 10 Тел.: (044) 275-27-00 Факс: (044) 270-35-52		Код форми за ЗКУД Код закладу за ЄДР 45227272 МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 003-6/о Затверджена наказом МОЗ України 14.02.2012 р. № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 08 серпня 2014 року № 549)

**ІНФОРМОВАНА ДОБРОВІЛЬНА ЗГОДА ПАЦІЄНТА
НА ПРОВЕДЕННЯ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА НА ПРОВЕДЕННЯ
ОПЕРАЦІЇ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ**

Я, _____, одержав(ла)

у Державна установа "Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України" інформацію про характер мого захворювання, особливості його перебігу, діагностики та лікування.

Я ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування. Отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування. Зобов'язуюсь негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стан здоров'я дитини). Я проінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначитися на стані здоров'я.

Мені надали в доступній формі інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування.

Я мав(ла) можливість задавати будь-які питання, які мене цікавлять, стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді.

Інформацію надав _____ (підпис)

Я, _____, згодний(а) із запропонованим планом лікування

_____ «____» _____ 20__ року
(підпис) (дата)

Я підтверджую, що я ознайомлений(на) із Договором публічної оферти про надання послуг з медичного обслуговування населення за плату від фізичних та юридичних осіб, Положенням «Про послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб», Тарифами на послуги з медичного обслуговування населення за плату від юридичних і фізичних осіб ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології ім. Ф.Г. Яновського».

Я отримав(ла) чітку та зрозумілу інформацію про медичну послугу та вартість перед її отриманням, можливість її отримання в рамках Програми медичних гарантій Національної служби здоров'я України за електронним направленням безкоштовно.

Я підтверджую, що приймаю рішення про оплату добровільно, без будь-якого примусу, усвідомлюючи можливі наслідки та альтернативні варіанти отримання допомоги. Мені зрозуміло, що надання чи відмова від платних послуг не обмежує моє право отримати безкоштовні медичні послуги відповідно до Програми медичних гарантій.

«____» _____ 20__ року
(підпис)

(дата)