

Государственное учреждение «Республиканская больница спелеолечения» (далее – Больница), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Лапуста Александра Антоновича, действующего на основании Устава, с одной стороны и гражданин(ка)

именуемый(ая) в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, вместе именуемые «Стороны», заключили настоящий договор о нижеследующем:

1. Предмет договора

1.1. Исполнитель обязуется оказать на платной основе Заказчику медицинскую услугу по спелеолечению в стационарных условиях (в наземной спелеокомнате либо в подземном отделении спелеолечения) (далее – основная медицинская услуга) и сервисные услуги, а Заказчик обязуется оплатить эти услуги в соответствии с настоящим Договором и законодательством Республики Беларусь.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту своего нахождения по адресу: пр-д Лесной, 3, г. Солигорск, Минская область, РБ.

1.3. Исполнитель самостоятельно определяет необходимость, сроки, виды оказания медицинских услуг, применяемые лекарственные средства, изделия медицинского назначения и других расходных материалов.

2. Условия приобретения, получения направления, порядок оплаты, сроки и комплекс предоставляемых услуг

2.1. Услуги Исполнителем предоставляются на условиях, определенных в Направлении на лечение. Заказчик получает Направление в количестве ___ шт. с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. сроком на ___ койко/дней, в палате № ___, в корпусе № ___.

Расчетное время с 12 ч. 00 мин. даты прибытия до 12 ч.00 мин. даты отъезда.

2.2. При бронировании Заказчик получает счет-фактуру на предоплату (50% или 100%) по почте, или по электронной почте, или факсимильной связи в течение пятнадцати рабочих дней с момента подачи Заявления Исполнителю. Счет-фактура действительна в течение десяти банковских дней. Заказчик обязуется перечислить на р/счет Исполнителя денежную сумму, указанную в счете-фактуре. Все виды оплат, связанных с обязательствами по настоящему договору, производятся в иностранной валюте (российских рублях, долларах США, евро) по курсу белорусского рубля по отношению к иностранной валюте, установленной Национальным Банком Республики Беларусь на день выставления счета-фактуры, или на территории Республики Беларусь в белорусских рублях. Все издержки, связанные с переводом денежных средств на р/счет Исполнителя, оплачивает Заказчик, при перечислении денежных средств через систему электронных платежей ASSIST - Исполнитель. **На момент предъявления Заказчику счета-фактуры, расчет стоимости лечения осуществляется согласно действующему прейскуранту цен и перерасчету не подлежит в случае 100% предоплаты.**

2.3. Стоимость основной медицинской услуги, сервисных услуг и валюта платежа согласовываются Сторонами в счете - фактуре. Счет-фактура является неотъемлемой частью настоящего Договора.

2.4. Заказчик отдельно оплачивает стоимость дополнительных медицинских услуг, лекарственных средств и материалов в соответствии с действующими прейскурантами цен.

2.5. По прибытии Заказчик обязан заключить договор и произвести окончательный расчет согласно счету-фактуре в течение трех банковских дней через кассу Больницы либо через систему электронных платежей ASSIST в белорусских рублях, или на р/счет Исполнителя в иностранной валюте (российских рублях, долларах США, евро) по курсу белорусского рубля по отношению к иностранной валюте установленной Национальным Банком Республики Беларусь на день заключения договора.

2.6. **В случае отказа Заказчика от услуг Исполнителя перечисленные в качестве предоплаты стоимости услуг денежные средства Заказчику не возвращаются, а предоставляется возможность изменения (переноса) сроков лечения в соответствии с графиком заездов.** В случае болезни пациента, препятствующей получению спелеолечения и нахождению в Больнице, смерти или болезни близких родственников, требующих ухода (с предоставлением подтверждающих документов), возврат уплаченных денежных средств за Направление производится за вычетом фактически понесенных Исполнителем расходов. Отказ от услуг Исполнителя оформляется Заказчиком в письменной форме. Данный пункт Договора является Примечанием счета-фактуры, предъявляемой Заказчику.

2.7. В случае опоздания на лечение либо досрочного прекращения лечения Заказчиком согласно Направлению по уважительной причине, подтвержденной документально (болезнь пациента, препятствующая получению спелеолечения и нахождению в Больнице, смерть или болезнь близких родственников, требующих ухода), производится перерасчет и возврат денежных средств по письменному заявлению Заказчика в течение 10 банковских дней с момента обращения. В остальных случаях денежные средства за неиспользованные койко/дни не возмещаются.

2.8. **В случае внезапно возникшего заболевания или ухудшения состояния здоровья Заказчика во время прохождения курса спелеолечения, не препятствующих нахождению в Больнице, производится коррекция лечения без изменения стоимости оказываемых услуг в соответствии с настоящим договором.**

2.9. В случае выявления по прибытии (в первые два дня заезда) у Заказчика, внесшего предоплату, медицинских противопоказаний к подземной спелеотерапии, по решению врачебно-консультационной комиссии Больницы производится замена подземного спелеолечения на лечение в условиях спелеокомнаты с перерасчетом денежных средств.

2.10. В случаях (предусмотренных Договором), требующих перерасчета денежных средств Заказчику, возврат денежных средств производится по письменному заявлению заказчика в течение 10 (десяти) банковских дней через кассу Больницы в белорусских рублях, или на р/счет Заказчика в иностранной валюте (российских рублях, долларах США, евро) по курсу белорусского рубля по отношению к иностранной валюте установленной Национальным Банком Республики Беларусь на дату осуществления денежного перевода.

2.11. В случае, если Заказчик совершает противоправные деяния, выразившиеся в нарушении установленного порядка и правил нахождения на территории учреждения, правил внутреннего распорядка (распитие спиртных напитков, курение в помещениях, нарушение больничного режима, неуважительное отношение к персоналу, не соблюдение правил техники безопасности и пожарной безопасности и др.), Исполнитель имеет право досрочно выписать Заказчика из Больницы без возмещения Заказчику затраченных денежных средств за неиспользованные койко/дни.

2.12. Заказчик несет полную материальную ответственность за причиненный по его вине ущерб имуществу Исполнителя, а также за нарушение установленных правил пребывания на территории Больницы, в том числе несет полную ответственность за пребывающих с ним на лечении несовершеннолетних детей.

2.13. Основанием, подтверждающим факт оказания медицинских услуг, является выписка из медицинской карты стационарного пациента (Заказчика).

3. Прочие условия

3.1. Во всем, что прямо не предусмотрено настоящим договором, стороны руководствуются действующим законодательством Республики Беларусь.

3.2. Все споры или разногласия, которые могут возникнуть из настоящего договора, разрешаются путем переговоров между сторонами.

3.3. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров, они подлежат рассмотрению в соответствии с нормами действующего законодательства в суде по месту нахождения ответчика.

3.4. Договор вступает в законную силу с момента его подписания, распространяет свое действие на отношения, возникшие с момента поступления денежных средств на р/счет Исполнителя, и действует до полного исполнения сторонами своих обязательств.

3.5. Настоящий Договор составлен в 2(двух) экземплярах на русском языке по одному экземпляру для каждой из Сторон, имеющих одинаковую юридическую силу. Условия договора должны соответствовать установленной редакции. При наличии исправлений и подписок договор считается незаключенным.

4. Реквизиты и подписи сторон

Государственное учреждение «Республиканская больница спелеолечения»
Республика Беларусь, 223710, Минская область, г. Солигорск, пр-д Лесной, 3
р/счет ВУ14 АКВВ 3632 9000 0166 0660 0000
в ЦБУ № 633, ОАО «АСБ БЕЛАРУСБАНК» БИК АКВВВУ2Х
Адрес банка: ул. Козлова, 23а, г. Солигорск, Минская область
УНП 600260480, **ОКПО** 060889586000
тел/факс приемная (0174) 24 01 08
e-mail: speleo@tut.by

Ф.И.О. _____

Дата рождения: _____

Проживает по адресу _____

Паспорт: серия, № _____

Когда _____

Кем выдан: _____

Тел. _____

Исполнитель _____ /А.А. Лапуста

Заказчик _____ / _____ /