

г. Солигорск

«__» _____ 20__ г.

Государственное учреждение «Республиканская больница спелеолечения» филиал «Реабилитационный центр «Зелёный бор», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице главного врача Левченко П.А., действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(ка) _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. Предмет договора.

1.1. Исполнитель обязуется оказать на платной основе Заказчику услугу по санаторно-курортному лечению и оздоровлению детей (в наземной спелеокомнате либо в подземном отделении спелеолечения) (далее – услуга) в филиале «Реабилитационный центр «Зелёный бор» ГУ «Республиканская больница спелеолечения» (далее – центр), а Заказчик обязуется оплатить эту услугу по ценам (тарифам), установленным в соответствии с настоящим договором и законодательством Республики Беларусь.

1.2. Исполнитель оказывает услуги по месту нахождения филиала «Реабилитационный центр «Зелёный бор» ГУ «Республиканская больница спелеолечения» по адресу: Минская область, Солигорский район, д.Листопадовичи.

1.3. Исполнитель самостоятельно определяет необходимость, сроки, виды оказания услуг, применяемые лекарственные средства, изделия медицинского назначения и другие расходные материалы.

1.4. На санаторно-курортное лечение и оздоровление принимаются дети в возрасте от 6 до 18 лет, дети в возрасте старше 10 лет принимаются на санаторно-курортное лечение со спелеотерапией в условиях подземного отделения ГУ «Республиканская больница спелеолечения».

1.5. Качество отдыха в филиале «Реабилитационный центр «Зелёный бор» ГУ «Республиканская больница спелеолечения» соответствует здравнице 2-й категории.

2. Стоимость услуг и порядок расчетов.

2.1. Стоимость оказываемых услуг определяется на основании утвержденного прейскуранта цен на путевки, действующего в филиале «Реабилитационный центр «Зелёный Бор».

2.2. Все виды оплат, связанных с обязательствами по настоящему договору, производятся в белорусских рублях.

2.3. Стоимость оказываемых услуг по настоящему договору составляет:

2.4. График заездов: _____.

2.5. Условия оплаты оказываемых услуг – предоплата в размере 100% согласно счет-фактуре в течение десяти банковских дней не позднее трех календарных дней до дня заезда путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.6. Стоимость основной услуги и количество дней лечения согласовывается Сторонами в счет-фактуре, которая является неотъемлемой частью настоящего договора.

2.7. Заказчик отдельно оплачивает стоимость дополнительных услуг, лекарственных средств и материалов в соответствии с действующим прейскурантом цен.

2.8. Услуги Исполнителем предоставляются на условиях, определенных настоящим договором и счет-фактурой.

2.9. Основанием, подтверждающим факт оказания услуг, является выписка из медицинской карты ребенка.

3. Условия приобретения и получения путевки.

3.1. Заказчик получает счет-фактуру на оплату по почте и/или электронной почте, факсимильной связи в течение 10 (десяти) календарных дней с момента подачи Заявления Исполнителю. Счет-фактура действительна в течение десяти банковских дней.

3.2. Срок получения путёвок составляет 3 (три) календарных дня с момента поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.3. Количество путёвок определяется согласно накладной.

3.4. Сроком оказания услуг является срок, указанный в путёвке и накладной.

3.5. Передача, деление, обмен или перепродажа путевок другим лицам запрещается.

4. Порядок и условия возврата денежных средств Заказчику.

4.1. В случае отказа Заказчика от путевки на лечение за пять календарных дней до начала заезда, перечисленные в качестве оплаты стоимости услуг денежные средства Заказчику не возвращаются. В остальных случаях при отказе Заказчиком от путевки на лечение, по соглашению сторон могут быть изменены сроки действия путевки согласно графику заездов или произведен возврат оплаченных денежных средств за путевку. Отказ от путевки на лечение Заказчиком должен быть отправлен Исполнителю в письменной форме.

4.2. В случае неприбытия Заказчика по месту нахождения Исполнителя в установленный срок по уважительной причине, подтверждённой документально - болезнь пациента, смерть или болезнь близких

родственников (лист о временной нетрудоспособности, копия свидетельства о смерти), возврат уплаченных денежных средств за путевку производится за вычетом фактически понесенных расходов.

4.3. В случае неиспользования Заказчиком согласно путевки до конца дни пребывания по уважительной причине, подтвержденной документально - болезнь пациента, смерть или болезнь близких родственников (лист о временной нетрудоспособности, копия свидетельства о смерти), возврат денежных средств производится за вычетом фактически понесенных расходов пропорционально дням пребывания, включая и день отъезда независимо от времени убытия.

4.4. За неприбытие, опоздание, досрочный отъезд Заказчика из центра без уважительной причины Исполнитель денежные средства за неиспользованные дни не возмещает.

4.5. В случае острого заболевания Заказчика во время прохождения курса лечения и оздоровления, не препятствующего нахождению в центре, производится коррекция лечения лечащим врачом без изменения стоимости путевки.

4.6. За неиспользованные по вине Заказчика процедуры возврат денежных средств не производится.

4.7. Возврат Заказчику денежных средств производится по письменному заявлению в течение 10 (десяти) банковских дней в кассе ГУ «Республиканская больница спелеолечения» или на расчетный счет Заказчика.

5. Ответственность сторон.

5.1. За невыполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему договору стороны несут ответственность, предусмотренную законодательством Республики Беларусь.

5.2. В случае не предоставления Заказчиком достоверной информации о состоянии здоровья либо предоставления неполной информации, в том числе о наличии противопоказаний, либо возможных аллергических реакций на препараты, процедуры, Исполнитель ответственности за результаты воздействия, принятых процедур и состояния здоровья Заказчика, не несет.

5.3. Заказчик несет ответственность в полном объеме за причиненный ущерб имуществу Исполнителя, а также за нарушение установленных правил внутреннего распорядка.

5.4. При грубом нарушении правил пребывания в центре, невыполнении требований администрации и назначений врача, неуважительном отношении к персоналу центра Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке без возмещения стоимости оставшихся неиспользованных дней пребывания.

5.5. Стороны не несут ответственности друг перед другом за полное или частичное невыполнение обязательств по настоящему договору, если это невыполнение вызвано обстоятельствами непреодолимой силы.

6. Иные условия.

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

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

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

6.4. Договор или другие документы, касающиеся договора, переданные по электронной почте или факсу, имеют такую же юридическую силу, как и подлинники при условии их подтверждения оригиналом в течение десяти дней с даты получения копии.

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

7. Реквизиты и подписи сторон.

ИСПОЛНИТЕЛЬ:

Государственное учреждение
«Республиканская больница спелеолечения»
Республика Беларусь 223710, Минская обл.,
г. Солигорск, пр-д. Лесной, 3,
р/с ВУ14 АКВВ 3632 9000 0166 0660 0000
транзитный р/с ВУ68 АКВВ 3632 0000 0168 7660 0000
в филиале
№633 ОАО «АСБ БЕЛАРУСБАНК»
Адрес банка: ул. Козлова, 23а, г. Солигорск
БИК АКВВВУ21633, УНП 600260480, ОКПО60889586000
Тел. (0174) 280300; 280292

ЗАКАЗЧИК:

ФИО: _____

Дата рождения: _____
Адрес: _____

Паспорт: _____
Когда: _____
Кем выдан: _____

тел. _____

Главный врач _____ / Левченко П.А.

_____ /

С условиями договора, с информацией об условиях предоставления услуги по санаторно-курортному лечению и оздоровлению, порядке пребывания в «Реабилитационный центр «Зеленый бор», режиме лечения, характеристике и комфортности комнат, условиях безопасности, с порядком и условиями одностороннего отказа от исполнения договора ознакомлен и согласен.

Заказчик _____ /