|  |  |
| --- | --- |
| **Ақылы медициналық қызметтерді көрсетуге жария оферта (жария шарт) ШАРТЫ****Астана қ. 31 шілде 2024 жыл****«Mexel Health» ЖШС, бұдан әрі «Орындаушы»** немесе **«Өнім беруші»** деп аталады, Жарғы негізінде әрекет ететін директоры Байгенжина Айгерим Абайқызы тұлғасында бұдан әрі «Тапсырыс беруші» немесе «Пациент» деп аталатын кез келген жеке тұлғамен немесе оның өкілімен осы ашық оферта (бұдан әрі – Шарт ) шарттарында ақылы медициналық қызметтер (көмектер) көрсету туралы шарт жасасуға ниеттілігін білдіреді:1. **Шарттың мәні және жалпы ережелері**
	1. Өнім беруші Пациентке ақылы медициналық қызметтерді (ересектерге стационар алмастырушы көмекті, консультациялық-диагностикалық көмек) (бұдан әрі - Медициналық қызметтер) көрсетуге міндеттенеді, ал Тапсырыс беруші медициналық қызметтерді қабылдауға және төлеуге міндеттенеді.

1.2. Орындаушы ұсынатын медициналық қызметтердің тізбесі және олардың құны Өнім беруші бекіткен Медициналық қызметтерге Бағалар прейскурантына сәйкес айқындалады. Бағалар прейскурантымен Пациент Орындаушының тіркеу бөлмесіне/кассасына хабарласқан кезде немесе https://www.nnmc.kz/ru/mexelhealth. мекенжайы бойынша электронды түрде таныса алады.1.3. Шарт жасалған күн және Тапсырыс берушінің осы шарттың талаптарын толық және сөзсіз қабылдағанының (қабылдағанының) дәлелі Пациенттің немесе оның өкілінің мыналарға қол қойған сәті болып табылады:- стационар алмастырушы көмек алатын тұлғалар үшін Шартқа 1-қосымшада белгіленген нысан бойынша ақылы медициналық қызметтер көрсетуге өтінімдер (бұдан әрі -Өтінім), Шартқа 2-қосымшаға сәйкес жалпы ақпараттандырылған келісім.- Шартқа 3-қосымшаға сәйкес консультациялық-диагностикалық көмек алатын тұлғалар үшін ақпараттандырылған келісім.Шарттың қосымшаларына қол қою арқылы Пациент немесе оның өкілі Шарттың барлық шарттарымен келіседі.1.4. Пациент Орындаушыға жүгінген кезде және Өтінімге қол қойған кезде анықталатын медициналық қызметтердің көлемі, олардың құны және орындау мерзімі (стационар алмастырушы көмек алатын тұлғалар үшін) алдын ала болып табылатынын және өзгертілуі (нақтылануы) мүмкін екенін біледі және осыған келіседі.Медициналық қызметтерді көрсету алдында Пациентке ақпараттандырылған келісімге қол қою ұсынылады, оны тараптар Тапсырыс берушінің оған ұсынылатын медициналық қызметтерге келісімі деп таниды.Пациенттің медициналық көмек көрсетуден бас тартуға қол қоюы, сондай-ақ ақпараттандырылған келісімге қол қоюдан жалтаруы Орындаушыны медициналық қызмет көрсету міндетінен босатады.1.5. Медициналық қызметтердiң түпкiлiктi тiзбесi, көрсету мерзiмi және олардың құны қызмет көрсету аяқталғаннан кейiн емдеу құнының калькуляциясын жасау жолымен айқындалады (стационар алмастырушы көмекті алушы тұлғалар үшін).1.6. Тапсырыс беруші дәрігер белгілеген режимді сақтау бойынша Орындаушы маманының ұсыныстарын, соның ішінде медициналық қызметтердің сапасын қамтамасыз ететін тағайындалған дәрілік заттар мен медициналық бұйымдарды қабылдаумен байланысты ұсыныстарын орындауға міндеттенеді.1.7. Тапсырыс беруші өзінің жеке деректерін (тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), ұлты, жынысы, туған күні, жеке сәйкестендіру нөмірі, заңды мекенжайы, тұрғылықты жері, байланыс құралының абоненттік нөмірі) және медициналық құжаттарды Орындаушының және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің (бұдан әрі – ҚР ДСМ) ақпараттық жүйелерінде тексеру және емдеу процесіне қатысушылардың осы ақпаратпен алмасуы үшін енгізуге және пайдалануға келісім береді.1.8. Пациент Орындаушының көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасына кепілдік беретінін, бірақ Пациент күткен нәтижеге қол жеткізуге кепілдік бере алмайтынын біледі және онымен келіседі.1.9. Пациент медициналық көмек көрсету нәтижесінде немесе оған қарамастан, тікелей емдеу кезінде немесе одан кейін әртүрлі жанама әсерлер, асқынулар, ауыр зардаптардың (мүгедектік, кома, өлім және т.б.) пайда болуы мүмкін екенін біледі және келіседі. **2. Төлем тәртібі**2.1. Медициналық қызметтердiң құны қажеттi медициналық көмектiң көлемiне және Өнім беруші бекiткен медициналық қызметтерге Бағалар прейскурантына сәйкес айқындалады.2.2. Тапсырыс беруші Өтінімге қол қойғаннан кейін Медициналық қызмет көрсетушіге стационар алмастырушы көмек алатын тұлғаларға төлем/алдын ала төлем жасайды. Орындаушы төлемді/алдын ала төлемді алғаннан кейін медициналық қызметтерді көрсете бастайды.2.3. Стационар алмастырушы көмекті алушы тұлғалар үшін медициналық қызметтердің алдын ала құны ұсынылатын медициналық процедуралардың құны есебінен анықталады. Алдын ала төлем мөлшері Өтінімде анықталады.2.4. Медициналық қызметке ақы төлеуді Тапсырыс беруші Орындаушының кассасына немесе шотына ақша аудару арқылы жүзеге асырады.2.5. Тапсырыс беруші шартқа қол қою кезінде оған хабарланған стационар алмастырушы көмекті алушы тұлғалар үшін медициналық көмек құнының алдын ала екенін біледі және келіседі. Стационар алмастырушы көмекті алушы тұлғалар үшін медициналық қызметтердің қорытынды сомасы, сондай-ақ түпкілікті есептесу сомасы Орындаушы ұсынған емдеу құнының калькуляциясы негізінде жасалады. Емдеу құнының калькуляциясын науқас шығарылу қарсаңында немесе шығарар алдында ақылы қызмет көрсетуге қатысатын емдеуші дәрігер, АКО басшысы, экономист, сондай-ақ пациент бірге құрастырады және тексереді. Емдеу құнының қорытынды калькуляциясына бөлім басшысы, емдеуші дәрігер, аға мейірбике, экономист және пациент қол қояды.2.6. Медициналық қызметке толық төлемді/алдын ала төлемді (соңғы есеп айырысу) Тапсырыс беруші медициналық көмек толық көлемде көрсетілген күні жүргізеді.Егер стационар алмастырушы көмек алатын тұлғаларға нақты көрсетілген медициналық қызметтердің сомасы емдеу құнының есебіне сәйкес жүргізілген алдын ала төлем сомасынан аз болып шықса, Орындаушы 5 (бес) жұмыс күні ішінде, Пациенттің жазбаша өтініші бойынша артық төленген соманы қайтарады.2.7. Өнім беруші Тапсырыс берушіге немесе оның өкіліне сенімхат бойынша Қазақстан Республикасының салық заңнамасына сәйкес төлем/алдын ала төлем фактісін растайтын құжатты береді.2.8. Қызмет мерзімінен бұрын тоқтатылған (шарт бұзылған) жағдайда:2.8.1. Тапсырыс берушінің Шарт талаптарын бұзуына байланысты Өнім берушінің бастамасы бойынша - Тапсырыс берушіге алдын ала төлем қайтарылмайды. Алынған алдын ала төлем сомасы нақты көрсетілген медициналық қызметтің құнынан аз болған жағдайда, Тапсырыс беруші шарт бұзылған күннен бастап үш күн ішінде туындаған айырма үшін қосымша төлем жасайды.2.8.2. Өзге себептермен Өнім берушінің бастамасы бойынша – төлем/алдын ала төлем нақты көрсетілген медициналық қызметтер үшін жүргізіледі. Өнім беруші шарт бұзылған күннен бастап үш күн ішінде Тапсырыс берушіге немесе оның өкіліне сенімхат бойынша төленген сома мен нақты көрсетілген медициналық қызмет (көмек) арасындағы айырманы төлейді. Алынған төлем/алдын ала төлем сомасы нақты көрсетілген медициналық қызметтің құнынан аз болған жағдайда, Тапсырыс беруші шарт бұзылған күннен бастап үш күн ішінде туындаған айырма үшін қосымша төлем жасайды.2.8.3. Орындаушының Шарт талаптарын бұзуына байланысты Тапсырыс берушінің бастамасы бойынша - төлем нақты көрсетілген медициналық қызметтер үшін жүргізіледі. Өнім беруші шарт бұзылған күннен бастап үш күн ішінде Тапсырыс берушіге немесе оның өкіліне сенімхат бойынша төленген сома мен нақты көрсетілген медициналық қызмет (көмек) арасындағы айырманы төлейді. Алынған төлем/алдын ала төлем сомасы нақты көрсетілген медициналық қызметтің құнынан аз болған жағдайда, Тапсырыс беруші шарт бұзылған күннен бастап үш күн ішінде туындаған айырма үшін қосымша төлем жасайды.2.8.4. Тапсырыс берушінің басқа себептермен бастамасы бойынша – Тапсырыс берушіге алдын ала төлем қайтарылмайды. Алынған алдын ала төлем сомасы нақты көрсетілген медициналық қызметтің құнынан аз болған жағдайда, Тапсырыс беруші шарт бұзылған күннен бастап үш күн ішінде туындаған айырма үшін қосымша төлем жасайды.2.9.Орындаушыбағаның инфляциясын, күту шығындары деңгейінің өзгеруін және т.б. ескере отырып, медициналық қызметтерді көрсету құнын өзгерту құқығын өзіне қалдырады.2.10. Тапсырыс беруші осы шарттың қосымшасы болып табылатын ақылы медициналық қызметтер көрсету өтініміне қол қояды, онда пациенттің ақылы негізде емделуге, тегін емдеуден, оның ішінде басқа емханаларда емделуден бас тартуға және көрсетілген медициналық қызметтерге толық ақы төлеуге кепілдік беруге еркі білдіріледі.**3 Тараптардың жауапкершілігі****3.1. Орындаушы:**3.1.1. Тапсырыс берушіге ауруларды диагностикалау мен емдеудің клиникалық хаттамаларына (осы нозологиялар бойынша клиникалық хаттамалар болмаған жағдайда – жалпы қабылданған тәсілдерге және медициналық көрсеткіштер бойынша дәлелді медицинаға сәйкес), Өнім беруші бекіткен медициналық қызметтерге бағалар прейскурантына сәйкес емдеудің заманауи әдістерін және заманауи медициналық, емдеу-диагностикалық жабдықтар мен аппараттарды пайдалана отырып, медициналық қызметтердің көрсетілуін қамтамасыз етуге.3.1.2. Егер Өнім берушіде мұндай мүмкіндік және Тапсырыс берушіде ниет болса, медициналық қызметтер клиникалық хаттамаларда қарастырылғаннан қымбатырақ жабдықты, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және дәрілік заттарды пайдалана отырып, үлкен көлемде/сапада/ ұсынылуы мүмкін. Мұндай медициналық қызметтерге ақы төлеуді Тапсырыс беруші қосымша өз қаражаты, ерікті сақтандыру немесе заңмен тыйым салынбаған өзге де көздер есебінен жүзеге асырады.3.1.3. Тапсырыс берушілердің медициналық қызмет (көмек) көрсету нәтижелеріне қанағаттануының барынша жоғары деңгейін қамтамасыз ету үшін барлық шараларды қабылдауға.3.1.4. Ақылы медициналық қызметтерді көрсету кезінде кенеттен туындаған жедел аурулар, жағдайлар, асқынулар, созылмалы аурулар себебінен науқастың өміріне төнетін қауіпті жою үшін шұғыл себептер бойынша қосымша медициналық қызметтер көрсетуді талап еткен жағдайда Денсаулық сақтау кодексіне сәйкес ақысыз медициналық қызметтерді (көмек) көрсетуді қамтамасыз етуге.3.1.5. Тапсырыс берушіге осы Шарт бойынша ақылы медициналық қызметтерді көрсетуге жауапты емдеуші дәрігерді тағайындауға.3.1.6. Осы Шарт бойынша медициналық қызметтерді көрсету кезінде құзыретті, білікті медициналық персоналды тартуға міндеттенеді.3.1.7. Тексеру және емдеу аяқталғаннан кейін Орындаушы Тапсырыс берушіге белгіленген үлгідегі медициналық құжаттарды ұсынады және Тапсырыс берушіге есеп беру құжаттамасын (орындалған жұмыс актісі (калькуляция), қажет болған жағдайда шот-фактураны ұсынады.**3.2. Тапсырыс беруші міндеттенеді**:3.2.1. Тапсырыс беруші Орындаушыға тексеру мен емдеу оның таңдауы мен қалауы бойынша ақылы негізде жүзеге асырылатынын, Орындаушының көрсететін медициналық қызметке ақы төлеуге Тапсырыс беруші кепілдік беретінін хабарлайды.Бұл ретте Тапсырыс беруші емдеу құны Емдеу жоспары бойынша шартты екені және пациенттің жеке денсаулық жағдайына байланысты өзгеруі мүмкін екендігі ескертілді.3.2.2. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізбесін бекіту және Қазақстан Республикасы Үкіметінің кейбір шешімдерінің күші жойылды деп тану туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2020 жылғы 16 қазандағы № 672 қаулысына сәйкес тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің тізбесіне енгізілген аурулары бар науқастарды госпитализациялау ақылы емделудің пайдасына тегін емдеуден өз еркімен бас тартқан жағдайда ғана көрсетіледі. Бұл жағдайда Тапсырыс беруші осы Шартқа қол қою арқылы басқа емханаларда тегін емделуден бас тартқанын растайды және басқа шағымдарсыз көрсетілген медициналық қызметтерге ақы төлеуге кепілдік береді.3.2.3. Тапсырыс беруші медициналық қызметтердің инвазивті медициналық әдістеріне ақпараттандырылған ерікті келісім береді.3.2.4. Тапсырыс беруші Орындаушыны оны негізгі (өмірлік маңызы бар) дәрілік заттардың тізбесіне енгізілген және енгізілмеген барлық қажетті тиімді дәрілік заттармен қамтамасыз етуге келісімі туралы хабарлайды.3.2.5. Тапсырыс беруші медициналық қызметтердің ақысын толық көлемде төлеуге кепілдік береді.3.2.6. Өзінің денсаулығын сақтау және жақсарту үшін шаралар қабылдауға, соның ішінде :- профилактикалық медициналық тексерулерден (скринингтік зерттеулерден) уақытылы және толық өтуге;- салауатты өмір салтын сақтауға және ауыр зардаптарға (асқынуларға) әкеп соқтыратын аурулардың пайда болуы немесе созылмалы аурулардың өршуіне қауіп факторлары болып табылатын зиянды әдеттерден - артық салмақ, темекі, нашақорлық, алкогольді тұтыну, төмен физикалық белсенділіктен бас тартуға;- дәрігер ұсынған диетаны, физикалық белсенділік, күн мен демалыс режимін және келу жиілігін сақтауға;- дәрiлiк заттарды қабылдау режимi мен оңалту шаралары бойынша дәрiгердiң барлық қажеттi талаптары мен рецептiлерiн мүлiксiз орындау, оның iшiнде қабылдау режимi мен уақытын, емдеу нәтижелiлiгiн қамтамасыз ететiн басқа талаптар мен нұсқауларды орындауға.3.2.7. Медициналық қызмет көрсетер алдында дәрігерге өткен аурулары, өзіне белгілі аллергиялық реакциялар, бұрын қабылдаған емі және оның нәтижелері туралы және ауруды диагностикалау мен емдеуге қажетті басқа да мәліметтер туралы хабардар етуге;3.2.8. Медицина қызметкерлерін мыналар туралы уақытымен хабардар етуге:- диагностика және емдеу процесінде өзінің денсаулығындағы өзгерістер;- айналасындағыларға қауіп төндіретін аурулар пайда болған немесе оларға күдік туындаған жағдайда;- қандай да бір дәрілік затқа төзбеушілік немесе аллергиялық реакция, алкогольге тәуелділік және/немесе есірткіге, темекі шегуге тәуелділік және басқа ақпарат;- басқа дәрілерді қабылдау.3.2.9. Осы шарттың талаптарын тиісінше орындау, Орындаушы мамандарының тағайындаулары мен ұсыныстарын дәл орындау және Тапсырыс берушінің осы шартты орындауына кедергі болатын кез келген жағдайлар туралы Орындаушыға жедел хабарлауға.3.2.10. Басқа пациенттердің құқықтарын бұзатын әрекеттерді жасамауға.3.2.11. Медицина қызметкерлерімен қарым-қатынаста құрмет пен әдептілік танытуға.3.2.12. Орындаушының мүлкі мен жабдықтарына зиян келтірмеуге. Орындаушының мүлкіне зиян келтірілген жағдайда Тапсырыс беруші келтірілген залал сомасын толық өтеуге міндетті.3.2.13. Медициналық ұйымның жұмыс тәртібі мен режимін айқындайтын Өнім беруші белгілеген ережелерді сақтауға.3.2.14. Шарт бойынша медициналық қызметтерді (көмек) алу кезінде Қазақстан Республикасының заңнамасын сақтауға.3.2.15. Өнім берушіні медициналық қызметтер (көмектер) немесе медициналық қызметтердің (көмектердің) бөліктерін алудан бас тарту туралы осы Шартпен белгіленген медициналық қызметтер (көмектер) көрсету күнінен бір немесе бірнеше күн бұрын хабардар етуге міндеттенеді.**4. Тараптардың құқықтары****4.1. Тапсырыс беруші:**4.1.1. Ақылы медициналық қызмет (көмек) көрсететін дәрігерлердің арасынан емдеуші дәрігерді таңдауға.4.1.2. «Медициналық көрсетілетін қызметтер (көмек) сапасына ішкі және сыртқы сараптамаларды ұйымдастыру мен жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 3 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-230/2020 бұйрығына сәйкес көрсетілетін емнің сапасына және медициналық тағайындаулардың негізділігіне сараптама жүргізуге құқылы. **4.2. Өнім беруші:**4.2.1 Тапсырыс беруші осы Шартпен белгіленген ережелерді бұзған жағдайда емдеуді мерзімінен бұрын тоқтатуға.4.2.2 емдеуші дәрігері демалыста болған, ауырған жағдайда немесе басқа себептер бойынша оны немесе басқа маманды ауыстыруға құқылы.4.3. Тараптар осы шартта және Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген өзге де құқықтарды жүзеге асырады.**5. Медициналық қызметтер көрсету тәртібі**5.1. Медициналық көмек көрсету мамандарды қабылдау кестесін және алдын ала жазылуды ескере отырып жүзеге асырылады. Егер Пациент алдын ала жазылу уақытынсыз немесе алдын ала жазылу уақытынан тыс өтініш берсе, Провайдер Пациентке қызмет көрсетуден бас тартуға немесе Пациентке бос уақытты қабылдауды ұсынуға құқылы.5.2.Тексеру кезінде науқаста негізгі емес аурулар (инфекция, жыныстық жолмен берілетін аурулар, туберкулез, жіті жарақаттар, психикалық және онкологиялық аурулар және т.б.), сондай-ақ паллиативтік басқаруды және тұрғылықты жері бойынша амбулаторлық емдеуді қажет ететін терминалдық асқынулар сатысында соматикалық декомпенсацияланған және басқа да аурулар анықталса, Орындаушымедициналық қызмет көрсетуден бас тартуға, осы Шартты біржақты тәртіппен бұзуға құқылы. Бұл ретте Орындаушынақты көрсетілген медициналық қызмет үшін сома шегерілген қаражатты қайтарады және пациентті мамандандырылған емдеу мекемесіне жібереді.5.3. Тапсырыс берушіге медициналық қызмет көрсету Орындаушының жұмыс уақытына сәйкес көрсетіледі. Медициналық ережелер мен медициналық-қорғау режимі өрескел бұзылған жағдайда Орындаушы медициналық қызметтерді көрсетуден бас тартуға құқылы.5.5. Кәсіпорын әкімшілігі Тапсырыс берушінің құнды заттарының, зергерлік бұйымдарының, ақшасының және басқа да мүлкінің сақталуына жауап бермейді.5.4. Тапсырыс беруші Орындаушының медициналық қызмет көрсетуге арналған ағымдағы Бағалар прейскурантымен талаптарымен танысқанын және оның талаптарын қабылдайтынын растайды.5.6. Төтенше қауіп төнген жағдайда және емханада көмек көрсету мүмкін болмаған жағдайда пациент оның келісімімен тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлеміне (ТМКК және МӘМС) сәйкес Астана қаласындағы шұғыл емханаларға, ал пациенттің ТМКК және МӘМС-тен бас тартқан жағдайында, Емхана әкімшілігімен және емделушімен (өкілмен) алдын ала келісе отырып, ақылы қызметтердің прейскурантына сәйкес жедел медициналық көмек көрсететін емханаларға ауыстырылады.1. **Тараптардың жауапкершілігі**

6.1 Осы Шартта көзделген міндеттемелерді орындамаған немесе тиісінше орындамаған жағдайда тараптар осы шартқа және Қазақстан Республикасының заңдарына сәйкес жауапкершілікте болады.6.2. Өнім беруші ақылы медициналық қызметтерді көрсету кезіндегі кез келген бұзушылықтар үшін жауапты болады:1) медициналық қызметтерді тиісті көлемде және сападағы көрсетпеу;2) бір медициналық қызметті көрсеткені үшін екі еселенген төлемді алу.6.3. Тапсырыс беруші нақты көрсетілген медициналық қызмет (көмек) үшін Өнім берушіге шығындарды уақытылы өтемегені үшін жауапты болады.6.4. Орындаушы Шарт талаптарын бұзған жағдайда Тапсырыс беруші Шартты біржақты тәртіппен бұзуға және (немесе) орындаушыдан міндеттемелерді орындаудың кешіктірілген әрбір күні үшін Шарт сомасының 0,1% мөлшерінде, бірақ Шарт сомасының 10%-нан аспайтын тұрақсыздық айыбын төлеуді талап етуге құқылы. 6.5. Тапсырыс беруші Шарт талаптарын бұзған жағдайда, Орындаушы шартты біржақты тәртіппен бұзуға және (немесе) Тапсырыс берушіден міндеттемелерді орындаудың кешіктірілген әрбір күні үшін Шарт сомасының 0,1% мөлшерінде, бірақ Шарт сомасының 10%-нан аспайтын тұрақсыздық айыбын төлеуді талап етуге құқылы.6.6. Осы Шартты орындау барысында туындауы мүмкін даулар мен келіспеушіліктер, мүмкіндігінше, тараптар арасындағы келіссөздер арқылы шешіледі. Дауларды келіссөздер арқылы шешу мүмкін болмаған жағдайда, олар Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген сот тәртібімен шешіледі. Соттылық Шарттың орындалу орнымен анықталады.1. **Форс - мажор**

7.1. Тараптар Шарт талаптарын орындамағаны үшін жауапты болмайды, егер ол форс-мажор жағдайлар нәтижесінде орын алса.7.2. Егер Шартты орындаудың кешігуі форс-мажорлық жағдайлардың салдары болып табылса, Өнім беруші тұрақсыздық айыбын төлеу немесе оның шарттарын орындамау салдарынан Шарттың бұзылуы үшін жауап бермейді.7.3. Шарттың мақсаттары үшін «форс-мажор» Тараптардың бақылауынан тыс және күтпеген сипаттағы оқиғаны білдіреді. Мұндай оқиғалар мыналарды қамтуы мүмкін, бірақ олармен шектелмейді: соғыс қимылдары, табиғи немесе дүлей апаттар және т.б.7.4. Форс-мажорлық мән-жайлар туындаған жағдайда, Өнім беруші бір немесе бірнеше жұмыс күні ішінде Тапсырыс берушіге немесе оның өкіліне сенімхат бойынша мұндай жағдайлар мен олардың себептері туралы жазбаша хабарламаны дереу жіберуге міндетті.Тапсырыс берушіден немесе оның өкілінен сенімхат бойынша басқа жазбаша нұсқаулар түспесе, Өнім беруші орынды болғанша Шарт бойынша өз міндеттемелерін орындауды жалғастырады және форс-мажорлық жағдайларға тәуелсіз Шартты орындаудың баламалы жолдарын іздейді.**8. Шарттың әрекет ету мерзімі**8.1. Шарт оған қол қойылған және төлемді/алдын ала төлемді алған кезден бастап күшіне енеді, Шарттың қолданылу мерзімінің аяқталуы Тараптар осы Шарт бойынша өз міндеттемелерін толық орындаған сәтте орын алады.8.2. Медициналық қызмет көрсетудің тізбесі, құны немесе мерзімі өзгерген жағдайда емдеу құнының калькуляциясын тараптар шартқа қосымша келісім ретінде таниды.8.3. Осы Шартты Тараптардың келісімі бойынша немесе Шартта немесе Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда Тараптардың бірінің бастамасы бойынша біржақты тәртіпте бұзуға жол беріледі.Тараптар Шартты мерзімінен бұрын бұзу ниеті туралы бір-бірін үш немесе одан да көп жұмыс күні ішінде хабардар етуге міндетті.8.4. Шартқа өзгертулер енгізу Тапсырыс берушінің қалауы бойынша жаңартылған нұсқасын Орындаушының тіркеу орнында/кассасында немесе электронды түрде (инстаграмм/фейсбук/сайт https://www.nnmc.kz/ru/mexelhealth. мекенжайында орналастыру арқылы жүзеге асырылады.Шарттың жаңа нұсқасы жарияланғанға дейін Пациент қол қойған Өтінімдерге қолданылмайды. Мұндай өтінімдерге қатысты Шарттың ескі нұсқасы қолданылады. **9. Қорытынды шарттар**9.1. Ешбір Тарап екінші Тараптың алдын ала жазбаша келісімінсіз осы Шарт бойынша өзінің құқықтары мен міндеттерін толық немесе ішінара үшінші тұлғаларға беруге құқығы жоқ.9.2. Осы Шарт қазақ және орыс тілдерінде екі данада жасалды. Шарттың қазақ және орыс тiлдерiндегi нұсқалары сәйкес келмеген жағдайда орыс тiлiндегi нұсқасы басымдыққа ие болады.9.3. Шарттың даналары бірдей заңды күші бар - әрбір Тарап үшін бір данадан.**10. Орындаушының заңды мекенжайы, банктік деректемелері** **«Mexel Health» ЖШС** Астана қ. Алматы облысы,Абылай хан даңғылы , 42БСН 100440008882БСК HSBKKZKXЖСК KZ32601А871015725691«Қазақстан Халық Банкі» АҚ**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А. Байгенжина**М.О | ДОГОВОРпубличной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичный договор)**г. Астана 31 июля 2024 года****ТОО «Mexel Health»,** именуемое в дальнейшем **«Исполнитель» или «Поставщик»**, в лице директора Байгенжиной Айгерим Абаевны, действующей на основании Устава, выражает намерение заключить договор об оказании платных медицинских услуг (помощи) с любым физическим лицом, именуемым/-ой в дальнейшем «Заказчик» или «Пациент» или его представителем на условиях настоящей публичной оферты (далее – Договор):**1.Предмет Договора и общие положения**1.1. Поставщик обязуется оказать платные медицинские услуги (стационарозамещающая помощь взрослому населению, консультативно-диагностическая помощь) Пациенту (далее – Медицинские услуги), а Заказчик обязуется принять и оплатить Медицинские услуги.1.2. Перечень Медицинских услуг, их стоимость, предоставляемых Исполнителем определяется в соответствии с утвержденным Поставщиком Прейскурантом цен на Медицинские услуги. С Прейскурантом цен Пациент может ознакомиться при обращении в регистратуру/кассу Исполнителя или в электронном виде по адресу https://www.nnmc.kz/ru/mexelhealth.1.3. Датой заключения договора и свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий Заказчиком настоящего договора, является момент подписания Пациентом или его представителем:- для лиц получающих стационарозамещающую помощь, заявка об оказании платных медицинских услуг по форме, установленной приложением 1 к Договору далее – Заявка), общее информированное согласие, согласно приложению 2 к Договору.- для лиц получающих консультативно-диагностическую помощь, информированного согласия, согласно приложению 3 к Договору.Подписанием приложений Договора Пациент или его представитель выражают согласие со всеми условиями Договора.1.4. Пациент ознакомлен и согласен, что объем Медицинских услуг, их стоимость и срок выполнения, определяемые при обращении Пациента к Исполнителю и подписании Заявки, являются предварительными (для лиц получающих стационарозамещающую помощь) и могут быть изменены (уточнены).Перед оказанием Медицинских услуг Пациент согласен подписать информированное согласие, которое признается сторонами в качестве согласия Заказчика с предлагаемыми ему медицинскими услугами.Подписание Пациентом отказа от медицинской помощи, а равно уклонение от подписания информированного согласия освобождает Исполнителя от обязанности оказания Медицинских услуг.1.5. Окончательный перечень Медицинских услуг, срок оказания и их стоимость определяются по окончании оказания Медицинских услуг (для лиц получающих стационарозамещающую помощь) путем составления Калькуляции стоимости лечения.1.6. Заказчик обязуется выполнять рекомендации специалиста Исполнителя по соблюдению режима, установленного врачом, в т. ч. связанные с приемом выписанных лекарственных средств и изделий медицинского назначения, обеспечивающие качественное предоставление медицинских услуг.1.7. Заказчик дает согласие на включение и использование своих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при его наличии), национальность, пол, дата рождения, индивидуальный идентификационный номер, юридический адрес, место жительства, абонентский номер средства связи) и медицинских записей в информационных системах Исполнителя и Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – МЗ РК) в целях обмена этой информацией участниками процесса обследования и лечения Исполнителя.1.8. Пациент осведомлен и согласен, что Исполнитель гарантирует качество оказываемых Медицинских услуг, но не может гарантировать достижение эффекта, ожидаемого Пациентом.1.9. Пациент осведомлен и согласен, что в результате оказания медицинской помощи, либо несмотря на нее, непосредственно в ходе лечения или по его окончании могут возникнуть различные побочные эффекты, осложнения, вплоть до наступления тяжких последствий (инвалидности, комы, смерти и т.п.).2. Порядок оплаты2.1. Стоимость Медицинских услуг определяется в зависимости от объема требуемой медицинской помощи и согласно утвержденному Поставщиком Прейскуранту цен на медицинские услуги.2.2. Заказчик после подписания Заявки производит оплату/предоплату для лиц получающих стационарозамещающую помощь Поставщику за Медицинские услуги. Исполнитель приступает к оказанию Медицинских услуг при получении оплаты/предоплаты. 2.3. Предварительная стоимость Медицинских услуг для лиц получающих стационарозамещающую помощь определяется из расчета стоимости предполагаемых медицинских манипуляций. Размер предоплаты определяется в Заявке.2.4. Оплата Медицинских услуг производится Заказчиком в кассу Исполнителя путем наличного или безналичного расчета.2.5. Заказчик осведомлен и согласен, что стоимость Медицинской услуги для лиц получающих стационарозамещающую помощь, сообщаемая ему при подписании договора является предварительной. Итоговая стоимость Медицинских услуг для лиц получающих стационарозамещающую помощь, равно как окончательный расчет производится на основании представленных Исполнителем Калькуляции стоимости лечения. Калькуляция стоимости лечения составляется и совместно проверяется лечащим врачом, руководителем АКЦ, экономистом, участвующими в оказании Медицинских услуг, а также пациентом накануне. Окончательная калькуляция стоимости лечения подписывается руководителем отдела, лечащим врачом, старшей медицинской сестрой, экономистом и пациентом.2.6. Полная оплата/предоплата Медицинских услуг (окончательный расчет) производится Заказчиком в день оказания медицинской помощи в полном объеме.В случае, если размер фактически оказанных Медицинских услуг для лиц получающих стационарозамещающую помощь, согласно Калькуляции стоимости лечения окажется меньше суммы произведенной предоплаты, Исполнитель в течение 5 (пяти) рабочих дней по письменному заявлению Пациента производит возврат излишне уплаченных сумм.2.7. Поставщик выдает Заказчику либо его представителю по доверенности документ, подтверждающий факт оплаты/предоплаты, в соответствии с налоговым законодательством Республики Казахстан.2.8. В случае досрочного прекращения услуги (расторжения договора): 2.8.1. По инициативе Поставщика по причине нарушения Заказчиком условий Договора – предварительная оплата Заказчику не возвращается. В случае, если размер полученной предоплаты меньше стоимости фактически оказанной медицинской услуги, Заказчик в течение трех рабочих дней с момента расторжения договора производит доплату образовавшейся разницы.2.8.2. По инициативе Поставщика по иным основаниям – оплата/предоплата производится за фактически оказанные Медицинские услуги. Поставщик в течение трех рабочих дней с момента расторжения договора выплачивает Заказчику либо его представителю по доверенности разницу между оплаченной суммой и фактически оказанной медицинской услуги (помощи). В случае, если размер полученной оплаты/предоплаты меньше стоимости фактически оказанной медицинской услуги, Заказчик в течение трех дней с момента расторжения договора производит доплату образовавшейся разницы.2.8.3. По инициативе Заказчика по причине нарушения Исполнителем условий Договора – оплата/предоплата производится за фактически оказанные Медицинские услуги. Поставщик в течение трех дней с момента расторжения договора выплачивает Заказчику либо его представителю по доверенности разницу между оплаченной суммой и фактически оказанной медицинской услуги (помощи). В случае если размер полученной оплаты/предоплаты меньше стоимости фактически оказанной медицинской услуги, Заказчик в течение трех дней с момента расторжения договора производит доплату образовавшейся разницы.2.8.4. По инициативе Заказчика по иным основаниям – предварительная оплата Заказчику не возвращается. В случае если размер полученной предоплаты меньше стоимости фактически оказанной медицинской услуги, Заказчик в течение трех дней с момента расторжения договора производит доплату образовавшейся разницы.2.9.Исполнитель оставляет за собой право на изменение стоимости за оказание Медицинских услуг с учетом инфляции цен, изменения уровня расходов на содержание и т.д.2.10. Заказчик подписывает заявку об оказании платных медицинских услуг, являющееся приложением к настоящему договору, в котором выражено его волеизъявление о согласии прохождении лечения на платной основе, отказ от бесплатного лечения в том числе в других клиниках, а также гарантирования полной оплаты за оказанные Медицинские услуги.**3 Обязанности Сторон****3.1. Исполнитель обязуется:**3.1.1. Обеспечить оказание Медицинских услуг Заказчикув соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний (при отсутствии клинических протоколов по данным нозологиям – в соответствии с общепринятыми подходами и базой доказательной медицины по медицинским показаниям), утвержденным Поставщиком Прейскурантом цен на медицинские услуги, с применением современных методов лечения и современного медицинского, лечебно-диагностического оборудования и аппаратуры.3.1.2. При наличии такой возможности у Поставщика и желания у Заказчика, Медицинские услуги могут быть оказаны в большем объеме/более высокого качества/с применением более дорогостоящего оборудования, медицинских изделий и лекарственных средств, чем это предусмотрено клиническими протоколами. Оплата таких медицинских услуг производится Заказчиком дополнительно за счет собственных средств, добровольного страхования или иных незапрещенных законодательством источников.3.1.3. Принять все меры для обеспечения максимального уровня удовлетворенности Заказчика результатами оказания медицинских услуг (помощи).3.1.4. Обеспечить предоставление Медицинской услуги без взимания платы в случае, если при предоставлении платных медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных Медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни пациента при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях, хронических заболеваниях в соответствии с Кодексом о здоровье.3.1.5. Закрепить за Заказчиком лечащего врача, ответственного за оказание платных Медицинских услуг по настоящему Договору.3.1.6. При оказании Медицинских услуг по настоящему Договору привлекать компетентный, квалифицированный медицинский персонал.3.1.7. По окончанию обследования и лечения Исполнитель представляет Заказчику медицинские документы, установленного образца и представляет Заказчику Калькуляцию стоимости лечения, при необходимости – счет фактуру).**3.2. Заказчик обязуется:**3.2.1. Заказчик уведомляет Исполнителя о том, что обследование и лечение оказывается на платной основе по его собственному выбору и желанию, оплата за оказанные медицинские услуги Исполнителя гарантируется Заказчиком. При этом Заказчик предупрежден, что стоимость лечения по Плану лечения является условной и может изменяться в зависимости от индивидуальности состояния здоровья пациента.3.2.2. Госпитализация больных с заболеваниями, входящими в перечень гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, (в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 16 октября 2020 года № 672 «Об утверждении перечня гарантированного объема бесплатной медицинской помощи») производится только в случае добровольного отказа от бесплатного лечения, в пользу платного. В этом случае Заказчик подтверждает подписью в настоящем Договоре, что он отказывается от бесплатного лечения в других клиниках и гарантирует оплату за оказанные медицинские услуги без предъявления в дальнейшем каких-либо претензий.3.2.3. Заказчик дает информированное письменное добровольное согласие на инвазивные методы медицинских услуг.3.2.4. Заказчик уведомляет Исполнителя о своем согласии на обеспечение его всеми необходимыми эффективными лекарствами, как включенными, так и не включенными в список основных (жизненно-важных) лекарств. 3.2.5. Заказчик гарантирует оплату за Медицинские услуги в полном объеме.3.2.6. Принимать меры к сохранению и укреплению своего здоровья, включая:- своевременное и полное прохождение профилактических медицинских осмотров (скрининговых исследований);- ведение здорового образа жизни и отказ от вредных привычек, являющихся факторами риска возникновения заболеваний или обострения хронических заболеваний, приводящих к тяжелым последствиям (осложнениям) – избыточная масса тела, употребление табака, наркотиков, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность;- соблюдение рекомендуемой врачом диеты, режима физической нагрузки, дня и отдыха, и кратности посещений;- неукоснительное выполнение всех необходимых требовании и предписания врача по режиму приема лекарственных средств и реабилитационных мероприятий, в том числе режиму и времени приема, соблюдение иных требований и предписаний, обеспечивающих эффективность лечения.3.2.7. Информировать врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, проводимом ранее лечении и его результатах и другой информацией, необходимой для постановки диагноза и лечения заболевания;3.2.8. Своевременно информировать медицинских работников о:- изменении состояния своего здоровья в процесседиагностики и лечения;- в случаях возникновения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, либо подозрения на них;- непереносимости или аллергической реакции на какое-либо лекарственное средство, о злоупотреблении алкоголем и/или пристрастии к наркотическим препаратам, табакокурении и иные сведения;- приеме других лекарственных средств.3.2.9. Надлежащим образом исполнять условия настоящего договора, точно выполняет назначения и рекомендации специалистов Исполнителя и своевременно информирует Исполнителя о любых обстоятельствах, препятствующих исполнению Заказчиком настоящего договора.3.2.10. Не совершать действий, нарушающих права других пациентов.3.2.11. Проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт.3.2.12. Не наносить вред имуществу и аппаратуре Исполнителя. В случае причинения вреда имуществу Исполнителя, Заказчик обязан в полной мере возместить сумму причиненного вреда.3.2.13. Соблюдать правила, установленные Поставщиком, определяющие порядок и режим работы медицинской организации.3.2.14. Соблюдать законодательство Республики Казахстан при получении медицинской услуги (помощи) по Договору.3.2.15. Информировать Поставщика об отказе в получении медицинской услуги (помощи) или части медицинской услуги (помощи) за один и более дня до наступления даты оказания медицинской услуги (помощи), установленной Договором.**4. Права сторон****4.1. Заказчик имеет право:**4.1.1. Выбора лечащего врача из числа врачей, оказывающих платные медицинские услуги (помощи).4.1.2. На осуществление экспертизы качества проведенного лечения и обоснованности врачебных назначений согласно [приказу](https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021727#z4) Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-230/2020 "Об утверждении правил организации и проведения внутренней и внешней экспертиз качества медицинских услуг (помощи)".**4.2. Поставщик имеет право:**4.2.1 На досрочное прекращение лечения в случае нарушения Заказчиком правил, установленных настоящим Договором.4.2.2 На замену лечащего врача или иного специалиста в случае его отпуска, болезни или иным причинам.4.3. Стороны осуществляют иные права, предусмотренные настоящим договором и законодательством РК.**5. Порядок оказания медицинских услуг**5.1. Оказание медицинской помощи осуществляется с учетом графиком приема специалистов и предварительной записи. В случае обращения Пациента без предварительной записи или вне установленное предварительной записью время, Поставщик вправе отказать Пациенту в оказании услуг или предложить Пациенту запись на свободное время.5.2.В случае выявления у пациента в процессе обследования непрофильных заболеваний (инфекция, венерические заболевания, туберкулез, острая травма, психические и онкологические заболевания и пр.), а также соматические декомпенсированные и другие заболевания, на стадии терминальных осложнений, требующие паллиативного ведения и лечения амбулаторно по месту жительства. Исполнитель вправе отказать в предоставлении медицинских услуг, расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке. При этом Исполнитель возвращает денежные средства за вычетом суммы за фактически оказанные медицинские услуги и направляет пациента в профильное медицинское учреждение.5.3. Медицинское обслуживание Заказчика осуществляется согласно режиму работы Исполнителя. В случае грубого нарушения медицинских предписаний и лечебно-охранительного режима Исполнитель вправе отказать в предоставлении медицинских услуг.5.4. Администрация предприятия не несет ответственность за сохранность ценных вещей, драгоценностей, денег и прочего имущества Заказчика.5.5. Заказчик подтверждает, что ознакомлен и принимает условия действующего Прейскуранта цен Исполнителя на медицинские услуги.5.6. При возникновении экстренных угрожаемых состояний и невозможности оказания помощи в условиях клиники осуществляется перевод пациента с его согласия по гарантированному объёму бесплатной медицинской помощи (ГОБМП и ОСМС) в ургентные клиники г. Астана, а в случае отказа Пациента от ГОБМП и ОСМС перевод в клиники, оказывающие неотложную медицинскую помощь по прейскуранту платных услуг, с предварительным согласованием с Администрацией клиник и с пациентом (представителем).Ответственность Сторон6.1 В случае неисполнения или ненадлежащего исполнения обязательств, предусмотренных настоящим Договором, стороны несут ответственность в соответствии с настоящим договорам и законами Республики Казахстан.6.2. Поставщик несет ответственность за допущенные случаи нарушения по оказанию платных медицинских услуг:1) оказание медицинских услуг ненадлежащего объема и качества;2) взимание двойной платы за оказание одной и той же медицинской услуги.6.3. Заказчик несет ответственность за несвоевременное возмещение затрат Поставщику за фактически оказанные медицинские услуги (помощи).6.4. В случае нарушения условий Договора со стороны Исполнителя, Заказчик вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке и (или) потребовать от Исполнителя уплаты неустойки в размере 0,1% от суммы Договора за каждый день просрочки исполнения обязательств, но не более 10% от суммы договора.6.5. В случае нарушения условий Договора со стороны Заказчика, Исполнитель вправе расторгнуть договор в одностороннем порядке и (или) потребовать от Заказчика уплаты неустойки в размере 0,1% от суммы Договора за каждый день просрочки исполнения обязательств, но не более 10% от суммы договора.6.6. Споры и разногласия, которые могут возникнуть при исполнении настоящего Договора, будут по возможности разрешаться путем переговоров между сторонами. В случае невозможности разрешения споров путем переговоров они разрешаются в судебном порядке, предусмотренном законодательством Республики Казахстан. Подсудность определяется по месту исполнения Договора.Форс – мажор7.1. Стороны не несут ответственность за неисполнение условий Договора, если оно явилось результатом форс-мажорных обстоятельств.7.2. Поставщик не несет ответственность за выплату неустоек или расторжение Договора в силу неисполнения его условий, если задержка с исполнением Договора является результатом форс-мажорных обстоятельств.7.3. Для целей договора "форс-мажор" означает событие, неподвластное контролю Сторон, и имеющее непредвиденный характер. Такие события могут включат, но не исключительно: военные действия, природные или стихийные бедствия и другие.7.4. При возникновении форс-мажорных обстоятельств Поставщик должен незамедлительно в течении одного и более рабочих дней направить Заказчику либо его представителю по доверенности письменное уведомление о таких обстоятельствах и их причинах.Если от Заказчика либо его представителя по доверенности не поступает иных письменных инструкций, Поставщик продолжает выполнять свои обязательства по Договору, насколько это целесообразно, и ведет поиск альтернативных способов выполнения Договора, не зависящих от форс-мажорных обстоятельств.8. Срок действия Договора8.1. Договор вступает в силу с момента его подписания и поступления оплаты/предоплаты, срок окончания Договора наступает с момента полного исполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору.8.2. Калькуляция стоимости лечения в случае изменения перечня, стоимости или сроков медицинских услуг признает сторонами в качестве дополнительного соглашения к договору.8.3. Расторжение настоящего Договора допускается по соглашению Сторон или по в одностороннем порядке по инициативе одной из Сторон в случаях, предусмотренным договором или законодательством Республики Казахстан.О намерении досрочного расторжения Договора стороны обязаны уведомить друг друга в течении трех и более рабочих дней.8.4. Внесение изменений в Договор осуществляются по усмотрению Заказчика путем размещения уточненной редакции в регистратуре/кассе Исполнителя или в электронном виде по адресу: https://www.nnmc.kz/ru/mexelhealth.Новая редакция Договора не распространяется на Заявки, подписанные Пациентом до ее опубликования. В отношении таких Заявок действует старая версия договора. 9. Заключительные условия9.1. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьим лицам полностью или частично свои права и обязанности по настоящему Договору без предварительного письменного согласия на то другой Стороны. 9.2. Настоящий Договор составлен в двух экземплярах на казахском и русском языках. В случае расхождений между казахской и русской версиями Договора приоритет имеет русская версия.9.3. Договора имеют одинаковую юридическую силу - по одному экземпляру для каждой Стороны.**10. Юридический адрес, банковские реквизиты Исполнителя****ТОО «Mexel Health»** г. Астана, район Алматы,проспект Абылай хана, 42 БИН 100440008882БИК HSBKKZKXИИК KZ32601А871015725691в АО «Народный Банк Казахстана»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ А. Байгенжина** М.П |
| **31 шілде 2024 жыл ақылы медициналық қызметтерді көрсетуге жария оферта (жария шарт) шартына 1-қосымша****Ақылы медициналық қызметтер көрсетуге** **№ \_\_\_ өтінім****Астана қ. " \_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ ж.**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** *(Пациенттің аты-жөні, толық )*бұдан әрі **«Тапсырыс беруші» немесе «Пациент»** деп аталатын Қазақстан ***Республикасының азаматы, қандас/ТМД*** ***елдерінің азаматы/шетелдік, азаматтығы жоқ адам,****(керегінің астын сыз)*31.07.2024 ж. ақылы медициналық қызметтерді көрсетуге жария оферта (жария шарт) шартының мәтінімен, Орындаушының Бағалар прейскурантымен танысып және Орындаушы ұсынатын ақылы медициналық қызметтерді алғысы келе отырып, Орындаушымен келесі шарттарда ақылы медициналық қызметтер көрсету шартын жасасады): 1. Орындаушы көрсететін қызметтер ересектерге стационар алмастырушы көмек.

2. Көрсетілетін қызметтің атауы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4. Алдын ала төлем сомасы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ теңге.5. Осы өтінімге қол қоя отырып, Пациент 31.07.2024 ж. ақылы медициналық қызметтерді көрсетуге жария оферта (жария шарт) шартымен танысқанын, онымен келісетінін және оның шарттарын орындауға міндеттенетінін білдіреді.**«Тапсырыс беруші:** Т.А.Ә. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЖСН (бар болса) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Мекен-жайы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: үй \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ қызметтік \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ұялы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Жеке куәлік № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_жылы \_\_\_\_\_\_\_ берілген. Жұмыс орны және лауазымы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Сіздің емдеуіңізге резиденттің қатысатынымен келісесіз бе? иә \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, жоқ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Пациенттің денсаулығына қатысты мәселелер бойынша Тапсырыс берушінің сенімді тұлғасы. Аты-жөні, телефоны.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Пациенттің қолы) **Өтінім қабылданды (Орындаушыдан):**«Mexel Health» ЖШС АКО басшысы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **К. Купенова** | Приложение 1 к договору публичной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичный договор) от 31 июля 2024 годаЗаявкаоб оказании платных медицинских услуг № \_\_\_**г. Астана « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  *(Ф.И.О. пациента, полностью)*именуемый/-ая в дальнейшем **«Заказчик» или «Пациент», являющийся *гражданином РК, кандасом /гражданином стран СНГ/ иностранцем, лицом без гражданства,****(нужное подчеркнуть)*ознакомившись с текстом договора публичной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичный договор) от 31.07.2024 г., Прейскурантом цен Исполнителя и желая получить платные медицинские услуги, оказываемые Исполнителем,заключает с Исполнителем договор об оказании платных медицинских услуг (выражает акцепт) на:1.Оказываемую Исполнителем услугу на стационарозамещающую помощь взрослому населению.2. Наименование оказываемой услуги: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3. Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_4.Сумма предоплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тенге.5. Подписанием настоящей Заявки Пациент ознакомлен, согласен и обязуется исполнять условия договора публичной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичного договора) от 31.07.2024г.**«Заказчик»:** Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИИН (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Телефон: домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  сотовый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Уд. личн. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_ выд. \_\_\_\_\_\_\_ Место работы и должность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Согласны ли Вы, что бы в Вашем лечении принимал участие резидент? : да\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Контактное доверенное лицо Заказчика по вопросам здоровья пациента. ФИО, телефон.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись пациента) **Заявку принял (от Исполнителя):**Руководитель АКЦ ТОО «Mexel Health» **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_К. Купенова** |

**Приложение 2 к договору публичной оферты**

**по предоставлению платных медицинских услуг**

 **(публичный договор) от 31.07.2024 г.**

 **ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩЕЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

 **В АМБУЛАТОРНО - КОНСУЛЬТАТИВНОМ ЦЕНТРЕ ТОО «MEXEL HEALTH»**

Я, \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(Ф.И.О. пациента(ки) полностью)*

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(число, месяц, год рождения пациента (ки))*

Проживающий(-ая) по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(адрес проживания пациента(ки))*

Я информирован(а), о том, что специалисты амбулаторно - консультативного центра ТОО «MEXEL HEALTH» приложат все условия для оказания мне высококвалифицированной медицинской помощи.

Я даю добровольное согласие на проведение, в случае необходимости, следующих процедур и манипуляций:

|  |  |
| --- | --- |
| * введение лекарственных средств (*подкожные, внутримышечные, внутривенные инъекции, внутривенные вливания, ингаляции и т.д.*)
* физиотерапевтические процедуры (*прогревания и т.д.)*
* все виды лучевой диагностики (*ультразвуковые исследования (УЗИ), рентген, и т.д*.)
* все виды лабораторной диагностики
* наложение повязок различного генеза
* присутствие студентов и курсантов в процессе лечения и обследования
* фото-/видеосъемка в обучающих или рекламных целях
* обмен результатов лабораторных и инструментальных исследований между пациентом и врачом посредством электронной почты
 | ДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМОДА/НЕТ/НЕ ПРИМЕНИМО |

Ни при каких обстоятельствах мне не должны выполняться следующие диагностические и лечебные манипуляции/процедуры:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(укажите процедуры, которые не должны выполняться при любых условиях)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию осложнений.

В целях получения лучших результатов лечения обязуюсь представить лечащему врачу достоверную и полную информацию обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве вируса иммунодефицита человека (ВИЧ)-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. А также предоставлении правдивых сведении о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и врачей за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

Я ознакомлен(а) со своими правами и обязанностями, а также распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в амбулаторно - консультативном центре ТОО «MEXEL HEALTH», и обязуюсь их соблюдать.

Я ознакомлен с правом на лечение и уход, с уважительным отношением к достоинству, личностным ценностям, убеждениям и правам

Я ознакомлен с правом обратиться к другому врачу/в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.

Я ознакомлен с правом на конфиденциальность личной и медицинской информации, в том числе конфиденциальность моих медицинских записей

Я ознакомлен с правом на подачу жалобы по вопросам лечения и ухода, а также правом на участие в процессе реагирования на жалобу. Мне в доступной форме разъяснены формы и порядок предоставления жалоб и предложений по качеству оказания медицинской помощи

Информацию о состоянии моего здоровья, результатах обследования и лечения я **разрешаю сообщать следующим лицам**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Имя и Фамилия лица, которому разрешается сообщать информацию о ходе лечения** | **Родство/отношение** |  **Телефон** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Я информирован(а), что имею право отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия, данное право может быть реализовано после письменного отказа от лечения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) достаточное время и возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Пациент(ка): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО подпись*

Законный представитель *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (укажите отношение к пациенту)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *ФИО законного представителя подпись*

Дата заполнения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.

Врач: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО врача подпись*

**Приложение 3 к договору публичной оферты**

**по предоставлению платных медицинских услуг**

 **(публичный договор) от 31.07.2024 г.**

 **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА**

**НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**В АМБУЛАТОРНО - КОНСУЛЬТАТИВНОМ ЦЕНТРЕ ТОО «MEXEL HEALTH»**

Я,**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ИИН**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(Ф.И.О. пациента(ки) полностью)*

Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(город, улица, проспект, номер дома и квартиры)*

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(номер)*

Я информирован(а), о том, что специалисты амбулаторно - консультативного центра ТОО «MEXEL HEALTH» приложат все условия для оказания мне высококвалифицированной медицинской помощи.

Я ознакомлен(а) и принимаю условия договора публичной оферты по предоставлению платных медицинских услуг (публичный договор) и свидетельством полного и безоговорочного акцепта (принятия) условий вышесказанного договора.

Я даю добровольное согласие на включение и использование своих персональных данных (фамилия, имя, отчество (при его наличии), национальность, пол, дата рождения, индивидуальный идентификационный номер, юридический адрес, место жительства, абонентский номер средства связи) и медицинских записей в информационных системах ТОО «MEXEL HEALTH» и Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – МЗ РК) в целях обмена этой информацией участниками процесса обследования и лечения.

Я согласен(-а) в пользу платного лечения, и добровольно отказываюсь от бесплатного лечения в других клиниках и гарантирую оплату за оказанные услуги по Прейскуранту цен ТОО «MEXEL HEALTH» на медицинские услуги без предъявления в дальнейшем каких либо претензий.

Я понимаю, что сокрытие информации о состоянии моего здоровья может способствовать развитию осложнений.

В целях получения лучших результатов лечения обязуюсь представить лечащему врачу достоверную и полную информацию обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. наличии инфекционного и иного заболевания, представляющих опасность для окружающих. А также предоставлении правдивых сведении о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств, об одновременном лечении у других специалистов и выполнении их рекомендаций. Я тем самым не буду возлагать ответственность на лечебное учреждение и врачей за последствия, которые могут возникнуть при отсутствии данной информации.

Я ознакомлен(а) со своими правами и обязанностями, а также распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленного в амбулаторно - консультативном центре ТОО «MEXEL HEALTH», и обязуюсь их соблюдать.

Я ознакомлен(а) с правом на лечение и уход, с уважительным отношением к достоинству, личностным ценностям, убеждениям и правам

Я ознакомлен(а) с правом обратиться к другому врачу/в другую организацию для получения альтернативного мнения о диагнозе и лечении.

Я ознакомлен(а) с правом на конфиденциальность личной и медицинской информации, в том числе конфиденциальность моих медицинских записей

Я ознакомлен(а) с правом на подачу жалобы по вопросам лечения и ухода, а также правом на участие в процессе реагирования на жалобу. Мне в доступной форме разъяснены формы и порядок предоставления жалоб и предложений по качеству оказания медицинской помощи

Информацию о состоянии моего здоровья, результатах обследования и лечения я разрешаю сообщать следующим лицам: *(Ф.И.О. лица которому разрешается сообщать информацию о ходе лечения, указать родство/отношение, телефон):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Я информирован(а), что имею право отказаться от обследования и лечения в любой момент, даже после подписания информированного согласия, данное право может быть реализовано после письменного отказа от лечения.

Я подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) достаточное время и возможность обсудить с моим лечащим врачом все интересующие меня и непонятные мне вопросы, связанные с лечением моего заболевания и отказом от него. На все заданные вопросы я получил(а) удовлетворившие меня ответы и у меня не осталось невыясненных вопросов к врачу.

Я согласен (а), что мое информированное добровольное согласие на оказание медицинских услуг распространяется на все последующие мои обращения в ТОО «MEXEL HEALTH» в течении одного календарного года с момента обращения.

Пациент(ка): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *ФИО подпись*

Дата заполнения «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2024г.