**Договор №Б/н**

**об оплате лечения и соблюдении правил пребывания в клинике**

|  |  |
| --- | --- |
| г.Алматы | «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. |

**Общественный фонд «Добровольное Общество «Милосердие»**, расположенный по адресу: Республика Казахстан, г.Алматы, пр.Наурызбай батыра, д.65/69, БИН 060440002437, в лице исполнительного директора Семёновой Татьяны Владимировны, действующей на основании Устава, в дальнейшем именуемый «Фонд», с одной стороны,

и **ФИО родителя**, удостоверение личности № …, выдано (дата, кем), именуемый/ая в дальнейшем «Получатель», с другой стороны,

совместно именуемые «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**
   1. Фонд, на благотворительной основе, оказывает Получателю финансовую помощь для оплаты лечения ребёнка ФИО, дата рождения, диагноз, в дальнейшем именуемого «Пациент», в рамках благотворительной акции «Подари детям жизнь».
   2. Фонд обязуется на основании Договора с клиникой XXX (далее – Клиника) произвести перевод денежных средств, в оплату лечения Пациента, в размере и порядке, установленные договором с клиникой и настоящим договором.
   3. Получатель является законным представителем несовершеннолетнего Пациента.
   4. Как законный представитель Пациента, Получатель предоставляет Фонду безусловное право использовать всю предоставленную им информацию по Пациенту на усмотрение Фонда для достижения пользы и в интересах Пациента. Получатель наделяет Фонд правом использовать указанную информацию в СМИ, в том числе электронных и социальных сетях, или иным не противоречащим законодательству способом, для осуществления сбора благотворительных пожертвований на лечение Пациента.
   5. На время пребывания в Клинике Получатель является сопровождающим лицом несовершеннолетнего Пациента.
   6. Получатель обязуется строго соблюдать правила пребывания Пациента и сопровождающего лица в Клинике, установленные Клиникой и настоящим договором.
   7. Фонд, на благотворительной основе, оказывает финансовую помощь только для оплаты лечения Пациента в Клинике. Сопутствующие расходы (оплата транспортных расходов, оплата визовых сборов, пребывание в клинике дополнительных сопровождающих лиц по желанию Получателя, оплата дополнительного питания и т.д.) оплачиваются Получателем самостоятельно.
2. **ПОРЯДОК ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА**
   1. Фонд производит перечисление денежных средств в оплату лечения Пациента после проведения детального обследования Пациента в клинике и выставления счета на оплату.
   2. Окончательная сумма, подлежащая уплате в соответствии с условиями настоящего договора, определяется на основании итоговых актов, подписанных между Фондом и Клиникой.
   3. Все счета, выставляемые Клиникой Фонду до проведения обследования в Клинике, являются предварительными.
   4. Денежные средства, переведенные Фондом в оплату лечения Пациента, не подлежат никакому перераспределению, возвращаются на счет Фонда для оказания помощи другим детям, за исключением случаев перевода оставшейся части на лечение других детей в Клинике.
3. **ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**
   1. Фонд обязуется, при получении счета от клиники своевременно перевести денежные средства в оплату лечения Пациента на счет Клиники.
   2. Получатель обязуется в процессе лечения Пациента в клинике предоставлять Фонду отчетные материалы в соответствии с Приложением 1 к настоящему договору.
   3. По окончании лечения Получатель обязуется в трехдневный срок направить Фонду выписку после получения лечения Пациента в клинике, а также в обязательном порядке Отчет по форме, изложенной в Приложении 2 к настоящему договору.
   4. Получатель обязуется, кроме правил, устанавливаемых самой Клиникой строго соблюдать следующее:
      1. соблюдать режим лечения/реабилитации и Правила поведения в Клинике как Пациента, так и сопровождающего лица;
      2. сообщать врачам всю информацию, необходимую для постановки диагноза и лечения заболевания Пациента;
      3. информировать о перенесенных Пациентом заболеваниях, известных аллергических реакциях, противопоказаниях, представить иные сведения, которые могут сказаться на качестве услуг;
      4. немедленно информировать лечащего врача об изменении состояния здоровья Пациента в процессе диагностики и лечения;
      5. ознакомиться с рекомендованным планом лечения Пациента и обеспечить его соблюдение;
      6. обеспечить своевременную явку Пациента на прием врачей, лечебные и реабилитационные процедуры в согласованное время и предупреждать о невозможности явки по уважительной причине;
      7. подписать информированное согласие на медицинское вмешательство;
      8. своевременно и неукоснительно выполнять все предписания лечащего врача в отношении Пациента;
      9. не вмешиваться в действия лечащего врача, осуществлять иные действия, способствующие нарушению процесса оказания медицинской помощи Пациенту;
      10. согласовыватьс лечащим врачом употребление Пациентом дополнительных продуктов, не предусмотренных рационом питания отделения;
      11. посещать подразделения Клиники и медицинские кабинеты в соответствии с установленным графиком их работы;
      12. проявлять в общении с медицинскими работниками такт и уважение, быть выдержанным и доброжелательным;
      13. не приходить на прием к врачу в алкогольном, наркотическом или ином токсическом опьянении;
      14. не предпринимать действий, нарушающих права других пациентов и работников Клиники;
      15. соблюдать установленный порядок деятельности Клиники и нормы поведения в общественных местах;
      16. не допускать проявлений неуважительного отношения к иным пациентам и работникам Клиники;
      17. бережно относиться к имуществу Клиники, соблюдать чистоту и тишину в помещениях Клиники;
      18. поддерживать чистоту и порядок в палате и прочих помещениях Клиники;
      19. перед врачебными обходами, привести внешний вид Пациента и сопровождающего лица в порядок.
   5. В целях соблюдения общественного порядка, предупреждения административных и уголовных правонарушений, соблюдения санитарно-эпидемиологических правил, обеспечения личной безопасности работников Клиники, пациентов и посетителей, Пациенту и сопровождающему его лицу запрещается:
      1. препятствовать осуществлению процесса оказания медицинской помощи;
      2. проносить в Клинику любые продукты питания и напитки без согласования с Администрацией Клиники;
      3. изымать какие-либо документы из медицинских карт до окончания лечения/реабилитации;
      4. оставлять несовершеннолетнего Пациента без присмотра в палате, во время проведения лечебных и реабилитационных мероприятий, без присмотра в кровати с опущенными бортиками во избежание падения и тяжелой травмы;
      5. покидать палату во время врачебного обхода, выполнения назначений и процедур;
      6. употреблять лекарственные препараты, не разрешенные лечащим врачом;
      7. выходить из Клиники без разрешения администрации Клиники;
      8. употреблять пищу в коридорах, на лестничных маршах и других помещениях, кроме палат и специально определенных для приема пищи места на территории Клиники;
      9. проявлять неуважение к работникам Клиники, другим пациентам и посетителям;
      10. нарушать общественный порядок в зданиях, служебных помещениях, на территории Клиники;
      11. не исполнять законные требования работников Клиники;
      12. причинять моральный вред работникам Клиники;
      13. причинять вред деловой репутации Клиники;
      14. причинять материальный ущерб имуществу Клиники;
      15. находиться в служебных помещениях Клиники без разрешения;
      16. курить в любых помещениях и на территории Клиники;
      17. играть в азартные игры в помещениях и на территории Клиники;
      18. громко разговаривать, шуметь, хлопать дверями;
      19. находиться в помещениях Клиники в загрязнённой одежде, грязной обуви;
      20. пользоваться служебными лифтами, не предназначенными для перевозки пациентов и посетителей;
      21. преграждать проезд санитарного транспорта к зданиям Клиники;
      22. находиться в Клинике в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, проявлять агрессивное поведение;
      23. допускать нахождение в клинике по приглашению Пациента либо сопровождающего лица третьих лиц, находящихся в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, с агрессивным поведением, имеющих внешний вид, не отвечающим санитарно-гигиеническим требованиям. В случае выявления указанных лиц они удаляются из здания и помещений Клиники сотрудниками охраны и (или) правоохранительных органов.
      24. использовать электронагревательные приборы, плитки, кипятильники, электрические чайники, утюги, телевизоры и прочую электро-бытовую технику, кроме принадлежащих Клинике и размещенных в палате специально;
      25. проносить в здания и служебные помещения Клиники огнестрельное, газовое и холодное оружие, ядовитые, радиоактивные, химические и взрывчатые вещества, спиртные напитки и иные предметы и средства, наличие которых у посетителя либо их применение (использование) может представлять угрозу для безопасности окружающих.
4. **ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ПРАВИЛ КЛИНИКИ**
   1. В случае нарушения Пациентом, сопровождающим его лицом, и иными посетителями Правил, работники Клиники вправе делать им соответствующие замечания и применять иные меры воздействия, предусмотренные действующим законодательством.
   2. Воспрепятствование осуществлению процесса оказания медицинской помощи, неуважение к работникам Клиники, другим пациентам и посетителям, нарушение общественного порядка в зданиях, служебных помещениях, на территории Клиники, неисполнение законных требований работников Клиники, причинение морального вреда работникам Клиники, причинение вреда деловой репутации Клиники, а также материального ущерба ее имуществу, влечет ответственность, предусмотренную законодательством страны пребывания.
   3. В случае нарушения настоящих Правил, Пациент вместе с сопровождающими может быть немедленно выписан из Клиники.
   4. В случае нарушения законодательства страны пребывания Пациент и/или сопровождающее его лицо могут быть также переданы сотрудникам правоохранительных органов страны для проведения административного или уголовного разбирательства.
   5. Стороны договорились о том, что в случае нарушения Получателем указанных правил, либо правил, установленных Клиникой, Фонд имеет право прекратить оказание помощи Получателю.
5. **ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА**
   1. Любые дополнения и\или изменения к настоящему Договору возможны только по письменному соглашению Сторон в случае их письменного оформления и подписания в виде дополнительного соглашения, являющегося неотъемлемой частью настоящего Договора.
   2. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:
      1. по соглашению Сторон;
      2. по инициативе одной из Сторон, если условия договора были нарушены другой Стороной.
   3. Сторона инициатор расторжения договора оповещает вторую Сторону о прекращении договорных отношений не менее чем за десять рабочих дней.
6. **ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**
   1. С момента подписания настоящего Договора все предшествующие устные договоренности и\или переписка, касающиеся настоящего Договора, теряют обязательную для исполнения силу и утрачивают смысл.
   2. Ни одна из Сторон не вправе передавать свои обязательства по настоящему Договору третьей стороне без письменного согласия другой Стороны, полученного согласованным Сторонами способом.
   3. Во всем ином, неурегулированном в настоящем Договоре, Стороны будут руководствоваться действующим законодательством Республики Казахстан.
   4. Настоящий Договор разработан на основании и в соответствии с требованиями Гражданского кодекса Республики Казахстан и Закона Республики Казахстан «О благотворительности».
   5. Настоящий Договор составлен в 2-х экземплярах на русском языке, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.

6.6. Стороны заявляют, что содержание настоящего Договора им понятно, так как составлено в соответствии с их добровольным желанием и искренним стремлением к сотрудничеству и достижению пользы, в интересах Пациента.

6.7. Настоящий Договор и все споры и/или требования, возникающие в соответствии с ним, должны интерпретироваться и управляться законами Республики Казахстан без отношения к принципу конфликта законов. Любой спор, противоречие или требование, возникающее или касающееся настоящего Договора, его интерпретация, работа, нарушение или завершение, включая требования восстановления нарушенных законных прав, должны быть исключительно отнесены в компетентные суды Республики Казахстан.

6.8. Стороны пришли к соглашению о том, что завершение настоящего Договора не налагает на Фонд обязательств по удалению информации о пациенте, переданной им Получателем, из СМИ, в том числе электронных и социальных сетей.

1. **ФОРС МАЖОР**
   1. Стороны освобождаются, от ответственности за полное или частичное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если такое невыполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, наступивших после заключения настоящего Договора в результате событий чрезвычайного характера, которые Стороны ни предвидеть, ни предотвратить не могли.
   2. Сторона, неисполнение обязательств которой вызвано форс-мажорными обстоятельствами, обязана известить об этом в письменной форме другую Сторону с приложением соответствующих документов в срок не более трех дней со дня возникновения таких обстоятельств. В этом случае Стороны в срок не более семи дней с даты получения извещения адресатом согласовывают в письменной форме свои дальнейшие действия по настоящему договору. Информация должна содержать данные о характере обстоятельств, а также оценку срока их влияния на исполнение Стороной своих обязательств по настоящему Договору.
   3. В случае несвоевременного извещения Сторона лишается права ссылаться на форс-мажорные обстоятельства, как основание невыполнения своих обязательств по настоящему Договору.
   4. Достаточным доказательством возникновения и прекращения действия форс-мажорных обстоятельств будут служить свидетельства уполномоченных органов Республики Казахстан.
   5. Срок выполнения обязательств по настоящему Договору переносится соразмерно времени, в течение которого действовали такие обстоятельства.
   6. Если в результате форс-мажорных обстоятельств условия настоящего Договора не выполняются более трех месяцев, то любая из Сторон по настоящему Договору имеет право досрочно расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, уведомив другую Сторону за десять дней. При этом ни одна из Сторон не имеет права требовать от другой Стороны возмещения каких бы то ни было убытков.
2. **АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. **Фонд**   **ОФ «Добровольное Общество Милосердие»**  Адрес: Республика Казахстан г.Алматы, ул. Наурызбай батыра, 65/69, офис 102  Телефон: 727 267 66 46, 727 250 12 83  Email: info@detdom.kz  БИН: 060440002437 | * 1. **Получатель**   ФИО родителя  ИИН  Удостоверение личности №… выдано … дата/кем выдано  Адрес:  Телефон:  Email: |
| Исполнительный директор  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Т.В.Семёнова | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись / ФИО |

**Приложение 1**

|  |
| --- |
| **Инструкция по подготовке фото и видео отчета**  Эта инструкция поможет вам собрать фото и видео отчет. Это не сложно и не займет много времени. Просто выполняйте по порядку пункты данной инструкции. Ваши фото и видео материалы – это не только отчет для благотворителей, но и помощь многим другим семьям. Другие мамы и папы, увидев ваши результаты и вашу решительность и смелость на пути к здоровью ребенка, будут чувствовать себя уверенно и верить в успех.   1. Фото и короткое видео сообщение, что теперь вам оказывает поддержку Фонд ДОМ – сразу после подписания договора. Не позже, чем через один-два дня. 2. Фотографии ребенка для размещения на сайте не менее 5-ти разных фотографий. 3. Фото и видео, когда назначена дата операции, обращение к благотворителям. 4. Фото и видео о том, что билеты и все документы у вас на руках – предоставить в день получения билетов. 5. Фото и видео – сбор вещей, подготовка к полету. Видео может сопровождаться рассказом мамы или других членов семьи о том, какие у вас надежды, или переживания относительно предстоящего полета. 6. Аэропорт, самолет, аэропорт прибытия – фото и видео предоставить день в день с датой вылета. 7. Гостиница или больничная палата. Короткое видео как разместились, качество условий (питание, палата и т.д., чем больше деталей, тем лучше). Не реже, чем 1 раз в три дня. 8. Фото и видео с врачом, с врачами, медицинскими сестрами. 9. В день операции, после операции, видео рассказ как прошла операция. 10. Собираемся домой – можно просто фото. 11. Встреча в аэропорту – фотографии и видео. 12. Видеообращение со словами благодарности всем, кто помогал оплатить лечение.   Фото и видео материалы круглосуточно, без учета выходных и праздников присылайте на What’s App на номер +7 747 200 39 59 Ирина.  Согласно договору, семьи, получающие помощь от Фонда, предоставляют фото и видео отчет о текущей ситуации и дают разрешение на размещение данных материалов в социальных сетях и СМИ. |

**Приложение 2**

|  |
| --- |
| **Отчёт о прохождении лечения**  ФИО ребёнка:  Диагноз:  Название клиники, в которой ребёнок проходил лечение:  Место расположения клиники (город, страна):  Когда уехали на лечение:  Когда вернулись домой:  Какое лечение оказано (выписка после получения на руки в срок не более чем три дня):  Лечащий врач:  **После поступления в клинику:**  Как проводились обследования?  Какие специалисты с Вами беседовали, что каждый объяснял по диагнозу ребенка, по лечению:  Как проводилась подготовка к операции, как Вы настраивали себя и ребенка:  Ваши чувства и эмоции во время операции/лечения:  Сколько дней находился в реанимации после операции, или был выписан в палату:  Какие специалисты с Вами беседовали после операции/лечения, их мнения и рекомендации:  Сколько дней проживал в палате в больнице:  Где проживал во время амбулаторного наблюдения:  Какие рекомендации после лечения Вам были даны:  Как должен проходить восстановительный и реабилитационный период:  Как Вы будете их исполнять:  Опишите Ваш путь к получению данного лечения:  Опишите Ваши планы после операции:  Какие впечатления от клиники и оказанных медицинских услуг:  Какие впечатления от пребывания в клинике (условия в палате, питание и т.д.):  Что бы Вы хотели сказать людям, которые оказали помощь в оплате лечения Вашего ребёнка: |

С приложениями 1 и 2 ознакомлен(а), отчеты о прохождении лечения обязуюсь предоставить,

ФИО представителя ребёнка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_