MÜQAVİLƏ № _____

ödənişli tibbi xidmətlərin göstərilməsi haqqında *(yetkinlik yaşına çatmayan pasiyent üçün)*

Bakı «___»_____20___-ci il

"Stimul.S Hospital" MMC, bundan sonra **Klinika** adlandırılan, baş həkim **Məmmədov Qalib Tahir oğlu** şəxsində, **nizamnamə** əsasında fəaliyyət göstərən, bir tərəfdən, bundan sonra **Nümayəndə** adlandırılan _____, yetkinlik yaşına çatmayan aşağıdakı şəxsin (şəxslərin) mənafeyini təmsil edən və bundan sonra **Pasiyent** adlandırılan _____, digər tərəfdən, birlikdə **Tərəflər** adlandırılan, aşağıdakılar barədə bu müqaviləni (bundan sonra — **Müqavilə**) bağladılar:

1. MÜQAVİLƏNİN PREDMETİ

1.1. Klinika Pasiyentə öz fəaliyyət profilinə uyğun olaraq, qüvvədə olan Qiymət Siyahısına (Prays-list) və **15 yanvar 2016-cı il** tarixində **Azərbaycan Respublikası İqtisadiyyat və Sənaye Nazirliyi** tərəfindən verilmiş № İSN/L-79/2016 tibbi fəaliyyət lisenziyasına əsasən, **Bakı şəhəri, Sabunçu rayonu, Bakıxanov qəsəbəsi, Yavər Əliyev 26C** ünvanında yerləşən, tel. **(051) 770 20 20**, habelə Klinikanın məlumat lövhələrində (stendlərində) və **stimulhospital.az** saytında yerləşdirilmiş ödənişli tibbi xidmətlər göstərir. Klinikanın tibbi fəaliyyətini təşkil edən iş (xidmət) növlərinin siyahısı Klinikanın tibbi fəaliyyət lisenziyasında göstərilmişdir və bu müqavilənin ayrılmaz hissəsidir.

1.2. Nümayəndə təsdiq edir ki, bu müqavilənin bağlanmasından əvvəl özü və Pasiyent yazılı formada xəbərdar edilmişdir ki, ödənişli tibbi xidmət göstərən tibb işçisinin göstəriş və tövsiyələrinə, o cümlədən təyin edilmiş müalicə rejiminə əməl edilməməsi göstərilən ödənişli tibbi xidmətin keyfiyyətini aşağı sala, onun vaxtında başa çatdırılmasını qeyri-mümkün edə və ya Pasiyentin sağlamlıq vəziyyətinə mənfi təsir göstərə bilər.

1.3. Nümayəndə təsdiq edir ki, özü və Pasiyent Azərbaycan Respublikasının **"Əhalinin sağlamlığının qorunması haqqında" Qanunu**na uyğun olaraq, müalicə alan vətəndaşların müalicə rejiminə və Klinikada pasiyentin davranış qaydalarına əməl etməyə borclu olduqları barədə məlumatlandırılmışdır.

1.4. Bu müqaviləyə uyğun göstərilən ödənişli tibbi xidmətlərin siyahısı və dəyəri bu müqaviləyə əlavə sazişlərlə müəyyən edilə bilər.

1.5. Ödənişli tibbi xidmətlərin göstərilməsini gözləmə müddəti: tibbi xidmətlər, Tərəflər arasında başqa qayda razılaşdırılmayıbsa, tibbi yardım üçün müraciət edildiyi gün göstərilir.

2. TƏRƏFLƏRİN VƏZİFƏLƏRİ

2.1. Klinika öhdəlik götürür:

2.1.1. Bu müqaviləni bağlamış Pasiyentə ödənişli tibbi xidmətlər göstərmək.

2.1.2. Göstərilən tibbi xidmətlərin konkret növlərini və həcmini müəyyən etmək.

2.1.3. Nümayəndəni bu müqavilə üzrə göstərilən tibbi xidmətlərin Qiymət Siyahısı ilə tanış etmək.

2.1.4. Bu müqavilə üzrə öhdəliklərin icrası çərçivəsində tibbi yardımın göstərilməsi üçün ixtisaslı tibb personalının iştirakını təmin etmək.

2.1.5. Zəruri bütün tibbi sənədləşməni aparmaq.

2.1.6. Pasiyentə göstərilən tibbi xidmətlərin növlərinin, həcminin, dəyərinin, habelə Nümayəndədən daxil olan pul vəsaitlərinin hesabatını aparmaq.

2.1.7. Müqavilənin icrasından sonra Pasiyentə (Nümayəndəyə), ödənişli tibbi xidmətlərin alınmasından sonra Pasiyentin sağlamlıq vəziyyətini əks etdirən tibbi sənədləri (tibbi sənədlərin surətlərini, tibbi sənədlərdən çıxarışları), o cümlədən müayinələrin nəticələri, diaqnoz, müalicə üsulları, istifadə edilən dərman vasitələri və tibbi məmulatlar barədə məlumatları, qüvvədə olan normativ hüquqi aktlarla nəzərdə tutulmuş qaydada, əlavə ödəniş tələb etmədən vermək.

2.1.8. Nümayəndə bununla Klinikaya istənilən üçüncü şəxslərdən Pasiyentin xidmətlərinin ödənişini əlavə təsdiq tələb etmədən qəbul etmək səlahiyyətini verir. Tərəflər razılaşdılar ki, Pasiyent üçün üçüncü şəxs tərəfindən nağdsız qaydada ödəniş daxil olduqda, pul vəsaitinin geri qaytarılması, Nümayəndənin ərizəsində birbaşa başqa hal göstərilməyibsə, ödənişin edildiyi hesaba Klinika tərəfindən həyata keçirilir. Nümayəndə ödəniş və pul vəsaitinin qaytarılması ilə bağlı üçüncü şəxslərlə bütün münasibətləri Klinikanı cəlb etmədən müstəqil tənzimləməyi öhdəsinə götürür.

2.2. Nümayəndə öhdəlik götürür:

2.2.1. Göstərilən tibbi xidmətlərə görə Klinika ilə lazımi hesablaşmaları vaxtında aparmaq.

2.2.2. Pasiyent tərəfindən tibbi göstərişlərə, müalicə-mühafizə rejiminə və Klinikanın daxili nizamnamə qaydalarına əməl edilməsini təmin etmək.

2.2.3. Tibbi yardım göstərən Klinikanın tibb personalını Pasiyentdə əks-göstərişlərin, allergiyaların, xroniki xəstəliklərin olması barədə vaxtında məlumatlandırmaq.

2.2.4. Tibbi xidmətlər almazdan əvvəl Qiymət Siyahısı ilə tanış olmaq.

3. XİDMƏTLƏRİN DƏYƏRİ VƏ HESABLAŞMA QAYDASI

3.1. Göstərilən xidmətlərin ödənişi, Tərəflər arasında başqa qayda razılaşdırılmayıbsa, tibbi xidmətin göstərildiyi gün və ya ödənişin qabaqcadan edilməsi şərti ilə, qüvvədə olan Qiymət Siyahısı əsasında həyata keçirilir.

3.2. Nümayəndə bununla təsdiq edir ki, Klinikanın Qiymət Siyahısı ilə tanış olmuşdur.

4. XİDMƏTLƏRİN GÖSTƏRİLMƏSİ ŞƏRTLƏRİ

4.1. Klinika Pasiyentin qəbulunu tibbi kartın rəsmiləşdirilməsindən, fərdi məlumatların işlənməsinə Nümayəndənin razılığından, tibbi müdaxiləyə Pasiyentin və (və ya) Nümayəndənin könüllü məlumatlı razılığından sonra və aşağıdakı sənədlər təqdim edildikdə həyata keçirir: şəxsiyyəti təsdiq edən sənəd, Pasiyentin doğum haqqında şəhadətnaməsi, Nümayəndənin Pasiyentin mənafeyini təmsil etmək hüququnu təsdiq edən sənəd.

4.2. Ödənişli tibbi xidmətlər Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi tərəfindən təsdiq edilmiş tibbi yardım standartlarının tam həcmində göstərilə bilər. Nümayəndə bununla ayrı-ayrı konsultasiyaların və ya tibbi müdaxilələrin yerinə yetirilən tibbi yardım standartının həcmini üstələyən həcmdə həyata keçirilməsinə yazılı razılıq verir.

4.3. Klinika Pasiyenti pulsuz dərman vasitələri və pulsuz qidalanma ilə təmin etmir. Klinika Pasiyent və (və ya) Nümayəndə tərəfindən təqdim edilmiş dərman vasitələrinin effektivliyinə və keyfiyyətinə görə məsuliyyət daşımır.

4.4. Pasiyent və ya Nümayəndə tərəfindən tibbi göstərişlərin və müalicə-mühafizə rejiminin, Klinikanın daxili nizamnamə qaydalarının pozulması, fərdi məlumatların işlənməsinə razılığın, tibbi müdaxiləyə razılığın imzalanmasından imtina halında Klinika belə Pasiyentə tibbi xidmətlərin göstərilməsindən imtina etmək hüququna malikdir.

4.5. Bu müqavilənin 4.4-cü bəndinə uyğun tibbi xidmətlərin göstərilməsindən imtina halında Klinika ödənilmiş tibbi xidmətin dəyərindən çəkilmiş xərcləri tutmaq hüququna malikdir.

4.6. Pasiyentin və (və ya) Nümayəndənin yazılı razılığı ilə Pasiyentin həkim sirrini təşkil edən məlumatı üçüncü şəxslərə ötürülə bilər.

4.7. Nümayəndə xəbərdar edilmişdir və razıdır ki, bu müqavilə üzrə ödənişli tibbi xidmətlərin göstərilməsi zamanı əlavə ödənişli tibbi xidmətlərin göstərilməsi zərurəti yarana bilər. Tərəflər razılaşdılar ki, bu halda konkret əlavə tibbi xidmətləri və onların dəyərini göstərməklə müqaviləyə əlavə saziş və ya yeni müqavilənin rəsmiləşdirilməsi tələb olunmur.

4.8. Klinika bu müqavilə üzrə öhdəliklərin icrası üçün üçüncü şəxsləri cəlb etmək hüququna malikdir.

5. TƏRƏFLƏRİN MƏSULİYYƏTİ

5.1. Klinika bu müqavilə çərçivəsində göstərilən tibbi xidmətlərin keyfiyyətinə və müalicə üsullarının seçilməsinə görə Azərbaycan Respublikasının qüvvədə olan qanunvericiliyinə uyğun məsuliyyət daşıyır.

5.2. Ödəniş üzrə borc mövcud olduqda Klinika borcun ödənildiyi tarixədək xidmətlərin sonrakı göstərilməsini dayandırmaq hüququna malikdir.

6. PASİYENTİN FƏRDİ MƏLUMATLARININ İŞLƏNMƏSİNƏ RAZILIQ

Mən, _____ ünvanda yaşayan, _____ nömrəli şəxsiyyət vəsiqəsi/pasport sənədinə malik, Azərbaycan Respublikasının **"Fərdi məlumatlar haqqında" Qanununun** tələblərinə uyğun olaraq, fərdi məlumatların operatoru **"Stimul.S Hospital" MMC**, (bundan sonra — Operator) qarşısında, tibbi-profilaktik məqsədlər, tibbi diaqnozun müəyyən edilməsi və tibbi xidmətlərin göstərilməsi məqsədilə yetkinlik yaşına çatmayan _____ və öz fərdi məlumatlarımın aşağıdakıları özündə əks etdirən işlənməsinə razılığımı təsdiq edirəm:

— soyad, ad, ata adı, cins, doğum tarixi, yaşayış yeri ünvanı, qeydiyyat ünvanı, əlaqə telefon(lar)ı, elektron poçt ünvanı, yaş;

— şəxsiyyəti təsdiq edən sənədin (doğum haqqında şəhadətnamənin) rekvizitləri;

— qanuni nümayəndələr barədə məlumatlar;

— (zəruri hallarda) icbari/könüllü tibbi sığorta polisinin rekvizitləri, Dövlət Sosial Müdafiə Fondunda fərdi sosial nömrə (sənədləşmə zamanı istifadə tələb olunarsa).

Operatorun işçilərinə, habelə Operatorun tapşırığı ilə əməkdaşlıq etdiyi tərəfdaş tibb müəssisələrinə və laboratoriyalara (mövcud olduğu halda) Azərbaycan Respublikasının qüvvədə olan qanunvericiliyi çərçivəsində fərdi məlumatlarımın işlənməsi hüququnu verirəm — məlumatların avtomatlaşdırma vasitələrindən istifadə etməklə və ya belə vasitələrdən istifadə etmədən yığılması, qeydə alınması, sistemləşdirilməsi, toplanması, saxlanması, dəqiqləşdirilməsi (yenilənməsi, dəyişdirilməsi), çıxarılması, istifadəsi, ötürülməsi (yayılması istisna olmaqla), şəxssizləşdirilməsi, bloklanması, silinməsi, məhv edilməsi daxil olmaqla istənilən hərəkət (əməliyyat) və ya hərəkətlərin (əməliyyatların) məcmusunun həyata keçirilməsi.

Fərdi məlumatların saxlanma müddəti tibbi sənədləşmənin saxlanma müddətinə uyğundur.

Mən müvafiq yazılı sənəd tərtib etməklə Razılığımı geri götürmək hüququmu özümdə saxlayıram — bu sənəd Operatorun ünvanına poçtla, çatdırılması barədə bildirişlə sifarişli məktubla göndərilə və ya Operatorun nümayəndəsinə şəxsən əlyazma qeydi ilə təhvil verilə bilər. Fərdi məlumatların işlənməsinə razılığın geri götürülməsi barədə yazılı ərizə daxil olduqda, Operator əvvəllər göstərilmiş tibbi yardımın ödənişi üzrə qarşılıqlı hesablaşmaların başa çatdırılması üçün zəruri olan müddət ərzində (bloklama və saxlama istisna olmaqla) məlumatların işlənməsini dayandırmağa borcludur.

Bu razılıq mənim tərəfimdən **«_____»_____20_____-ci il** tarixində verilmişdir.

7. MÜQAVİLƏNİN MÜDDƏTİ, DƏYİŞDİRİLMƏSİ VƏ XİTAMI

7.1. Müqavilə imzalandığı gündən qüvvəyə minir və **«____»_____20____-ci il** tarixinədək qüvvədə qalır, Azərbaycan Respublikasının qanunvericiliyi ilə başqa hal nəzərdə tutulmayıbsa.

7.2. Bu müqavilə Tərəflərin razılığı ilə və ya birtərəfli qaydada aşağıdakı hallarda vaxtından əvvəl xitam edilə bilər:

— digər Tərəfə bu niyyət barədə yazılı bildiriş verildikdə;

— Tərəflərdən birinin bu müqavilə üzrə öhdəliklərini yerinə yetirmədiyi halda;

— Azərbaycan Respublikasının qüvvədə olan qanunvericiliyi ilə nəzərdə tutulmuş digər hallarda.

8. XÜSUSİ ŞƏRTLƏR

8.1. Klinika, əsasən ödənişli tibbi xidmətlər göstərməklə yanaşı, icbari tibbi sığorta (İcbari Tibbi Sığorta üzrə Dövlət Agentliyi vasitəsilə) və könüllü tibbi sığorta (özəl sığorta şirkətləri) çərçivəsində də pasiyentləri qəbul edir.

8.2. Sığorta ilə göstərilən tibbi xidmətlərin həcmi müvafiq sığorta proqramının şərtlərinə uyğun müəyyən olunur və bu müqavilənin əhatə etdiyi ödənişli xidmətlərdən ayrıca tənzimlənir.

8.3. Nümayəndə bununla Pasiyentin digər qanuni nümayəndələrinin Klinikada tibbi xidmətlərin alınmasına razılığını təsdiq edir.

8.4. Nümayəndə Pasiyenti müşayiət edən şəxslərə həkimlərdən konsultasiya və izahat almaq, bu müqaviləyə əlavə sazişləri və əlavələri, tibbi müdaxiləyə könüllü məlumatlı razılığı, tibbi müdaxilədən imtinanı imzalamaq, Pasiyentin həkim sirrini təşkil edən məlumatı almaq səlahiyyətini etibar edir.

9. BİLDİRİŞLƏR VƏ MƏLUMATLANDIRMA

9.1. Bu müqavilənin icrası ilə əlaqədar Tərəflər tərəfindən göndərilən bütün bildiriş və mesajlar yazılı formada edilməlidir.

9.2. Müraciətlər (şikayətlər) Klinikanın poçt ünvanına və ya info@stimulhospital.az elektron poçt ünvanına göndərilə bilər. Vətəndaşların müraciətlərinə baxılması qaydası Azərbaycan Respublikasının **"İstehlakçıların hüquqlarının müdafiəsi haqqında" Qanunu** ilə tənzimlənir.

10. DİGƏR ŞƏRTLƏR

10.1. Bu müqaviləyə bütün əlavələr, əlavə sazişlər və digər dəyişikliklər onun ayrılmaz hissəsidir.

10.2. Bu müqavilə eyni hüquqi qüvvəyə malik iki nüsxədə, hər Tərəf üçün bir nüsxə olmaqla tərtib edilmişdir.

10.3. Bu müqavilə ilə tənzimlənməyən məsələlər Azərbaycan Respublikasının qüvvədə olan qanunvericiliyinə uyğun müəyyən edilir.

10.4. Azərbaycan Respublikasının Mülki Məcəlləsinə uyğun olaraq, bu müqavilənin, ona əlavə sazişlərin və əlavələrin imzalanması zamanı Klinika tərəfindən imzanın faksimile üsulu ilə çoxaldılmasından istifadə edilə bilər.

10.5. Həkim sirrini təşkil edən məlumat aşağıdakılara ötürülə bilər: _____

11. UZAQDAN MƏLUMAT ÖTÜRÜLMƏSİ

11.1. Elektron poçt ünvanını və/və ya telefon nömrəsini təqdim etməklə, Nümayəndə Klinikaya ona elektron poçt vasitəsilə və/və ya telefon rabitəsi ilə səsli mesajlarla, mətn SMS-mesajları ilə, ani mesajlaşma sistemlərindən istifadə

etməklə, o cümlədən laborator və digər diaqnostika nəticələrinin elektron poçtla göndərilməsi daxil olmaqla, məlumat ötürülməsinə razılıq verir.

11.2. Klinika ötürülən məlumatın formatını və həcmini müstəqil müəyyən etmək hüququna malikdir.

11.3. Nümayəndə məlumatın ötürülməsi zamanı mövcud ola biləcək risklər barədə xəbərdar edilmişdir, bu risklərə görə Klinika məsuliyyət daşımır, o cümlədən:

— ötürülən məlumata üçüncü şəxslərin ötürmə prosesində və/və ya nəticəsində giriş əldə etmə imkanı;

— göndərənə aidiyyəti olmayan müxtəlif səbəblərdən məlumatın alınmaması;

— faylların zədələnməsi.

11.4. Uzaqdan məlumat ötürülməsi Klinikanın hüququdur, vəzifəsi deyil. Klinika istənilən vaxt uzaqdan məlumat ötürülməsini dayandırmaq və ya xitam vermək hüququna malikdir.

Əlaqə məlumatları:
Mobil telefon: _____ Elektron poçt: _____@_____

Razılıqlar:
Xüsusi təkliflər və aksiyalar barədə məlumat almağa razıyam ☐ **BƏLİ** ☐ **XEYR**

Qəbula yazılma xatırlatması ilə bağlı məlumat almağa razıyam ☐ **BƏLİ** ☐ **XEYR**

Xidmət keyfiyyəti üzrə sorğuda iştirak etməyə razıyam ☐ **BƏLİ** ☐ **XEYR**

TƏRƏFLƏRİN ÜNVAN VƏ REKVİZİTLƏRİ

KLİNİKA:	**NÜMAYƏNDƏ:**
"Stimul Hospital" MMC	_____
VÖEN: _____	Şəxsiyyət vəsiqəsi/pasport: _____
Hüquqi ünvan: _____	Ünvan: _____
Faktiki ünvan: _____	Tel.: _____
Bank rekvizitləri: _____	E-poçt: _____
Baş həkim	İmza:
_____ /**A.S.A.**/	_____