

**УМОВИ НАДАННЯ ПОСЛУГ В РАМКАХ ПРОГРАМИ  
«ВАКЦИНАЦІЯ»**

за ціною:

**Інфанрікс Гекса + Консультація педіатра = 1 992,00 грн**  
**Пентаксим + Консультація педіатра = 1 190,00 грн**  
**Гексаксим + Консультація педіатра = 899,00 грн**  
**Пріорікс + Консультація педіатра = 665,00 грн**  
**Хіберікс + Консультація педіатра = 510,00 грн.**

1. Медичні послуги надаються Пацієнтові виключно в обсязі, вказаному у обраній та оплаченій програмі «Вакцинація» (далі за текстом – «Програма»), з 01 квітня 2018 року до моменту наявності вакцини в Медичному центрі.
2. Вартість обраної Програми підлягає оплаті шляхом внесення Пацієнтом або іншою особою в інтересах Пацієнта (зокрема законним представником) платежу готівкою або у безготівковому порядку, про що особі видається відповідний розрахунковий документ із зазначенням назви Програми. Платіж вноситься одноразово в повній сумі під час першого візиту Пацієнта.
3. Після внесення оплати Пацієнт (його законний представник) заповнює власноруч форму, що є додатком до цих Умов.
4. Послуги, передбачені Програмою, надаються виключно одному Пацієнтові.
5. Послуги, передбачені Програмою, надаються Пацієнтові за умови:
  - попереднього його запису;
  - відсутності протипоказань до проведення щеплення;
  - досягнення віку 6 місяців.
6. У разі, коли Пацієнтом виступають малолітні/неповнолітні особи від 6 місяців до 18 років включно, Послуги, передбачені Програмою, надаються у присутності законних представників (або осіб, які визначені законним представником як уповноваженні).
7. Програма включає:
  - консультація лікаря-педіатра;
  - вартість вакцини;
  - проведення щеплення.
8. Послуги, передбачені Програмою, надаються на території Медичного центру за адресою: м. Київ, вул. Велика Васильківська, 54-Б. Надання Послуг на території Філії №1 Медичного центру не здійснюється.
9. У разі невикористання вакцини за один календарний місяць до закінчення терміну її придатності, Медичний центр залишає за собою право не здійснювати повернення грошових коштів, внесених в якості оплати за вакцину.
10. Перед проведенням щеплення Пацієнт (його законний представник) обов'язково заповнює та підписує інформовану згоду та оцінку стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкулінодіагностики. Заповнена інформована згода означає, що Пацієнт (його законний представник) перед щепленням отримали повну інформацію про процедуру щеплення, про протипоказання до проведення щеплення, про вакцину та про можливі несприятливі наслідки.
11. Під час попереднього запису враховується побажання Пацієнта щодо часу та дати надання Послуг. Відмова Пацієнта від запропонованого часу та дати не вважається виною Медичного центру.
12. Послуги, передбачені Програмою, надаються лише в робочий час Медичного центру. В зазначений час Пацієнт може отримувати необхідну інформацію за телефоном (044) 591-50-20.
13. У випадку неотримання Пацієнтом повністю або частково послуг, передбачених Програмою, не з вини Медичного центру, вартість неотриманих послуг (вартість Програми) поверненню та/або обміну на інші послуги не підлягає, а строк надання таких послуг за ціною, вказаною у Програмі, не продовжується.
14. Медичний центр може відмовити Пацієнтові у наданні Послуг, які передбачені Програмою, без повернення сплаченої вартості такої Програми у наступних випадках:
  - порушення Правил перебування Пацієнтів у Медичному центрі;
  - порушення та/або невиконання рекомендацій (приписів, призначень тощо) лікаря;
  - за наявності медичних та інших протипоказань щодо проведення щеплення.
15. Факт оплати вартості Програми Пацієнтом (або іншою особою в інтересах Пацієнта) є підтвердженням ознайомлення з умовами надання Послуг в рамках Програми (що знаходяться на ресепшені або веб-сайті Медичного центру на сторінці Акції).

16. Умови Програми не сумуються з іншими акціями та знижками, що діють в Медичному центрі, в тому числі на медичні препарати Аптеки Медичного центру.
17. Факт підтвердження ознайомлення з Умовами надання медичних послуг в рамках Програми засвідчується особистим підписом Пацієнта (його законного представника) за формою, що є додатком до цих Умов.