

UMOWA
o świadczenie odpłatnych usług medycznych
w Zakładzie Opiekuńczo Lecznym (ZOL)

zawarta w dniu201.... roku w Pułtusk pomiędzy:

Panią / Panem

.....
(Nazwisko i Imię)

PESEL:data urodzenia:

Adreszamieszkania:

Adresdokorespondencji:

.....
nrtelefonu

.....
e- mail

.....
Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem

.....
zwaną/ zwanym dalej „**Usługobiorcą**”

a

Szpitałem Powiatowym Gajda - Med Sp. z o.o. z siedzibą w Pułtusk, ul. Teofila Kwiatkowskiego 19, 06-102 Pułtusk, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie , XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod Nr KRS: 0000560865, NIP: 5681617967, REGON: 361505810 reprezentowanym przez

zwanego dalej „**Usługodawcą**”

zwanym dalej łącznie „**Stronami**”, pojedynczo zaś „**Stroną**”

o następującej treści:

§ 1

1. Na mocy postanowień niniejszej umowy, zwanej dalej „**Umową**” Usługobiorca zleca Usługodawcy udzielanie całodobowych odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych, osobie

....., PESEL:
..... (zwanej dalej „**Pacjentem**”) i zobowiązuje się do zapłaty określonej przez Usługodawcę opłaty za udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, na warunkach określonych w Umowie. Zapłata za świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze składa się z opłaty za pobyt w ZOL oraz opłaty dodatkowej.

2. Świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze będące przedmiotem Umowy obejmują świadczenia podstawowe dla pacjentów ZOL oraz mogą obejmować dodatkowo według wyboru Usługobiorcy:

a) świadczenia dodatkowe dla pacjentów komercyjnych ZOL;

b) dodatkowe świadczenia rehabilitacyjne.

3. Wykaz świadczeń składających się na świadczenia podstawowe, świadczenia dodatkowe oraz dodatkowe świadczenia rehabilitacyjne określa **Załącznik nr 1** do Umowy. Każda zmiana Załącznika nr 1 do Umowy następuje w drodze pisemnego aneksu.

4. Usługobiorca oświadcza, iż jest opiekunem faktycznym / prawnym osoby wymienionej w ust. 1 objętej świadczeniami pielęgnacyjno – opiekuńczymi.
5. Usługi będące przedmiotem Umowy będą świadczone w ZOL Usługodawcy.
6. Usługi będące przedmiotem Umowy będą udzielane w terminie uzgodnionym przez Strony.
7. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego odbywa się na wniosek Usługobiorcy wyrażony na piśmie, stanowiący **Załącznik nr 2** do Umowy.
8. Wraz z wnioskiem o przyjęcie Usługobiorca jest zobowiązany przedłożyć wszelką posiadaną dokumentację medyczną Pacjenta, a w szczególności wyniki badań, wypisy ze szpitala, zdjęcia, opisy.

§ 2

Usługobiorca oświadcza, że zapoznał się z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego i akceptuje go, co potwierdza swoim podpisem pod Umową.

§ 3

Usługodawca oświadcza, że posiada wymagane uprawnienia, wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania świadczeń, będących przedmiotem Umowy.

§ 4

1. Usługobiorca zobowiązuje się uiszczać na rzecz Usługodawcy miesięczną opłatę za pobyt Pacjenta w ZOL w wysokości określonej w Cenniku Szpitala Powiatowego Gajda - Med- sp. z o.o., stanowiącym **Załącznik nr 3** do Umowy oraz opłaty ryczałtowe, określone w **Załączniku nr 4** do Umowy.
2. Po uzgodnieniu z Usługodawcą Usługobiorca oprócz miesięcznej opłaty za pobyt Pacjenta w ZOL zobowiązuje się pokryć także dodatkowe koszty pobytu Pacjenta w ZOL, opisane w ust. 5 niniejszego paragrafu oraz inne dodatkowe koszty niezbędne dla ratowania życia i zdrowia Pacjenta, których to powstanie wiąże się z koniecznością niezwłocznego działania personelu medycznego.
3. Usługodawca zobowiązany jest zawiadomić Usługobiorcę o każdej zmianie Załącznika nr 3 i 4 do Umowy z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem. Niezgłoszenie pisemnych uwag przez Usługobiorcę do zmienionych Załączników nr 3 lub 4 w ciągu 14 dni od dnia zawiadomienia Usługobiorcy o ich zmianie oznacza zgodę na nowe brzmienie przedmiotowych załączników. Brak akceptacji przez Usługobiorcę zmienionych załączników nr 3 lub 4 wyrażony w formie pisemnej skutkuje rozwiązaniem Umowy z zachowaniem 1 - miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od końca miesiąca, w którym to Usługobiorca wyraził brak akceptacji zmian w przedmiotowych załącznikach.
4. Opłata miesięczna, o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu obejmuje:
 - zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym
 - wyżywienie (dieta adekwatna do stanu odżywienia i stanu zdrowia)
 - opiekę personelu pielęgniarzkiego / opiekuńczego
 - podstawową opiekę lekarską
5. Do kosztów dodatkowych, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu należą w szczególności:
 - koszt leków,
 - koszt zakupu pieluchomajtek, w przypadku braku refundacji
 - terapię logopedyczną
 - leczenie odleżyn powstałych przed przyjęciem do ZOL
 - transport sanitarny do miejsca zamieszkania lub innej placówki leczniczej za wyjątkiem stanów nagłych,
 - konsultację lekarzy psychiatrów i pomocy psychologa.
 - rehabilitację
 - konsultacje specjalistyczne
6. Koszty, o których mowa w ust. 5 Usługobiorca zobowiązuje się pokryć Usługodawcy za okresy miesięczne, na podstawie miesięcznego zestawienia faktycznie poniesionych kosztów, stanowiącego załącznik do faktury.

§5

Usługodawca deklaruje gotowość przyjęcia Pacjenta do ZOL na pobyt odpłatny od dnia: ,przez
y czym nie później niż

§ 6

1. Usługobiorca zobowiązuje się dostarczyć Pacjenta do ZOL Usługodawcy na własny koszt, w uzgodnionym terminie. Po zakończeniu trwania Umowy Usługobiorca obowiązany jest do odbioru Pacjenta z ZOL na własny koszt.
2. W sytuacji wymagającej pilnego podania leku oraz leku nowo zleconego przez lekarza, nie ujętego w kosztach, o których mowa w § 4 ust. 4 - lek należy dostarczyć Usługodawcy w ciągu 4 godzin od momentu zawiadomienia o konieczności podania stosownego leku. Jeżeli Usługobiorca nie ma możliwości dostarczenia leku w wyżej podanym czasie czy też kontakt z Usługobiorcą napotka na trudności lub lek należy podać Pacjentowi natychmiast, lek będzie podany z apteczki ZOL. Usługobiorca zostanie wówczas obciążony opłatą dodatkową na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 7

1. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji, Pacjent zostanie skierowany do szpitala. W takim przypadku za okres pobytu Pacjenta w szpitalu Usługodawca pobiera opłatę obniżoną w wysokości 15% obowiązującej według Cennika stawki za dzień przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli pobyt Pacjenta w Szpitalu przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim Usługodawca może rozwiązać Umowę w trybie natychmiastowym, chyba, że Usługobiorca uprzednio w formie pisemnej zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty miesięcznej za świadczenia pielęgnacyjne - opiekuńcze za dalszy okres pobytu Pacjenta w szpitalu.
2. Za okres przepustki Pacjenta z ZOL Usługodawca pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 50% obowiązującej według Cennika stawki za dzień - do 7 dni kalendarzowych. Za okres przepustki przekraczający 7 dni Usługodawca pobiera 75% opłaty. Usługodawca nie ponosi kosztów związanych z transportem Pacjenta na przepustkę oraz związanych z powrotem Pacjenta z przepustki do ZOL.

§ 8

Usługodawca oświadcza, że:

1. umożliwi Pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi zgodnie z wewnętrznymi przepisami.
2. prowadzi indywidualną dokumentację medyczną Pacjenta, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
3. nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty, środki płatnicze i inne kosztowności nie przekazane do depozytu;
4. zastrzega sobie prawo do zmiany miejsca zakwaterowania Pacjenta w obrębie ZOL, uwzględniając potrzeby wszystkich podopiecznych.

§ 9

1. Usługodawca zastrzega sobie prawo rozwiązywania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia agresywnych zachowań ze strony Pacjenta wobec personelu, pacjentów i innych osób przebywających w ZOL, czy też wyrządzenia przez Pacjenta szkód w mieniu Usługodawcy lub osobie trzeciej.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 niniejszego paragrafu Pacjent zostaje wypisany z ZOL Usługodawcy, a Usługobiorca zobowiązany jest odebrać Pacjenta z ZOL w terminie 2 dni od daty powiadomienia, zabierając ze sobą wszystkie jego rzeczy osobiste. W przypadku nie zastosowania się do powyższego obowiązku odbioru Pacjenta z ZOL, Usługodawca nalicza Usługobiorcy opłatę dodatkową w wysokości 100% stawki podstawowej za każdy kolejny dzień pobytu Pacjenta w ZOL.
3. Z chwilą opuszczenia ZOL przez Pacjenta zwraca się Usługobiorcy środki farmaceutyczne i materiały medyczne, odzież oraz rzeczy pacjenta zdeponowane w depozycie za pokwitowaniem.

§ 10

1. Strony ustalają, że zapłata pierwszej opłaty miesięcznej za pobyt Pacjenta w ZOL nastąpi przed przystąpieniem do wykonania świadczeń opiekuńczo - pielęgnacyjnych będących przedmiotem Umowy, w księgowości Szpitala Powiatowego Gajda - Med Sp. z o.o. lub na konto bankowe

Po dokonaniu wpłaty wystawiona zostanie faktura VAT, która ma być wystawiona na:

.....
imię i nazwisko

.....
adres

Opłaty dodatkowe, o których mowa w § 4 ust.5, § 6 ust. 2, § 9 ust. 2 Umowy oraz opłata ryczałtowa, o której mowa w § 4 ust.1 płatne będą po zakończonym miesiącu pobytu Pacjenta w ZOL na podstawie faktury VAT w terminie wskazanym na fakturze.

2. Dowód opłaty za pobyt Usługobiorcy obowiązany jest okazać Usługodawcy przy przyjęciu Pacjenta do ZOL. W przeciwnym razie Usługodawca może odmówić przyjęcia Pacjenta do ZOL.

3. Za kolejny okres pobytu Pacjenta Usługobiorca zobowiązuje się uiszczać opłatę za pobyt z góry za okres miesięczny w terminie płatności wskazanym na fakturze VAT, jednak nie później niż na trzy dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

4. Opłaty dodatkowe, o których mowa w § 4 ust. 5, § 6 ust. 2, § 9 ust. 2 oraz opłata ryczałtowa, o której mowa w § 4 ust.1 Umowy Usługobiorca zobowiązuje się uiścić Usługodawcy w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.

5. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt Pacjenta, opłat dodatkowych oraz opłaty ryczałtowej w terminie Usługodawca nalicza odsetki ustawowe za opóźnienie za każdy dzień opóźnienia, a ponadto Usługodawca jest uprawniony do rozwiązania Umowy ze skutkiem natychmiastowym. Postanowienia § 9 ust. 2 3 Umowy, stosuje się odpowiednio.

6. Za dzień płatności uważa się dzień uznania rachunku bankowego Usługodawcy.

§ 11

1. W przypadku rezygnacji przez Usługobiorcę z pobytu Pacjenta przed przyjęciem do ZOL, po uiszczeniu opłaty za pobyt, Usługodawca zwróci opłatę na wskazany przez Usługobiorcę rachunek bankowy. Rezygnacja Usługobiorcy powinna nastąpić na piśmie, wówczas Umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu z datą złożenia rezygnacji.

2. W przypadku rezygnacji przez Usługobiorcę z świadczonych usług w trakcie pobytu Pacjenta w ZOL, Usługobiorca obowiązany jest wypowiedzieć Umowę na piśmie, wówczas opłata za pobyt naliczana jest w wysokości proporcjonalnej do okresu pobytu Pacjenta.

§ 12

1. Umowa zawarta jest na czas określony od dnia do dnia Okres pobytu może ulec przedłużeniu na podstawie aneksu do umowy.

2. Umowa zawarta jest od dnia na czas nieokreślony.

3. W przypadku wygaśnięcia umowy z upływem okresu na który została zawarta, Usługobiorca zobowiązany jest niezwłocznie odebrać Pacjenta z ZOL Postanowienia § 9 ust. 2 i 3 Umowy stosuje się odpowiednio.

§ 13

1. Poza przypadkami wskazanymi uprzednio w Umowie, Umowa ulega natychmiastowemu rozwiązaniu również w następujących sytuacjach:

a) nie dokonania przez Usługobiorcę opłaty miesięcznej za pobyt Pacjenta przed przyjęciem do ZOL;

b) zgonu Pacjenta;

c) naruszenia przez Usługobiorcę postanowień § 4 Umowy;

d) wystąpienia wobec Pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w ZOL, w szczególności choroby zakaźnej, choroby psychicznej czy też uzależnień.

W sytuacjach wskazanych w punkcie 3 i punkcie 4 niniejszego paragrafu, postanowienia § 9 ust. 2 i 3 Umowy stosuje się odpowiednio.

§ 14

1. Każdej ze Stron przysługuje prawo rozwiązania Umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
2. Oświadczenie o rozwiązaniu Umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.

§ 15

1. **Usługobiorca oświadcza, że świadomie decyduje się na korzystanie z odpłatnego świadczenia zdrowotnego poza obowiązującym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, w związku z czym nie będzie dochodził żadnych roszczeń finansowych dotyczących zwrotu kosztów poniesionych w wyniku realizacji Umowy, ani wobec płatnika publicznego tj. NFZ, ani wobec Usługodawcy.**
2. **Usługobiorca oświadcza, że zapoznał się z regulaminem świadczeń odpłatnych Szpitala Powiatowego Gajda-Med sp. z o.o. w Pułtusk**

§ 16

1. Sprawy sporne, wynikające z realizacji Umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby Usługodawcy..
2. Wynikające z Umowy prawa i obowiązki Usługobiorcy nie mogą być przenoszone na inne podmioty, chyba że Usługodawca wyrazi na to zgodę w formie pisemnej zastrzeżonej pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Załączniki stanowią integralną część Umowy.
5. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Usługobiorcy i jeden dla Usługodawcy.

Załączniki:

- Zał. nr 1: Zakres świadczeń zdrowotnych objętych Umową;
Zał. nr 2: Wniosek o przyjęcie do ZOL;
Zał. nr 3: Cennik usług;
Zał. nr 4: Opłaty ryczałtowe

.....
Usługodawca

(data i czytelny podpis)

.....
Usługobiorca

.....
POTWIERDZENIE KIEROWNIKA ZOL
o możliwości przyjęcia w terminie określonym w § 5 Umowy