

UMOWA NR...../2016

Zawarta w dniu.....w Łodzi pomiędzy:
FUNDACJĄ „ WIOŚNIANA „, z siedzibą w Łodzi 93-228 ul. Wiośniana 34/36,
NIP : 982-037-54-88, wpisanym do rejestru Podmiotu Leczniczego WŁ pod nr:
000000183059 oraz w KRS dla Łodzi Śródmieście pod nr: 0000556517 prowadzącym
Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy w Łodzi przy ul. Wiośniana 34/36
reprezentowanym przez :

1.Przemysława Gryglewskiego - Prezesa Zarządu

lub

2 Jolantę Stolarek – Dyrektora Zakładu Pielęgnacyjno - Opiekuńczego

zwanym dalej Usługodawcą

a **Panią/Panem**.....

nr pesel.....zamieszkałą/-ym w.....

przy ulicy.....legitymującą/-ym się dowodem osobistym serii

.....nr.....zwanym dalej Usługobiorcą i **Panią/Panem**

nr pesel.....zamieszkałą/-ym w.....

przy ulicy.....legitymującą/-ym się dowodem osobistym serii

.....nr.....zwanym dalej Przedstawicielem Usługobiorcy.

§1

1.Usługodawca zobowiązuje się do świadczenia na rzecz Pani/Pana.....

.....nr. pesel.....

zamieszkałej/-ego w.....przy ulicy.....

legitymującej/-ego się dowodem osobistym serii.....nr.....

.....zwanej/-ego dalej Usługobiorcą następujących usług:

- a) zakwaterowanie w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Łódź ul. Wiośniana34/36
- b) wyżywienie, z uwzględnieniem diet w poszczególnych jednostkach chorobowych
- c) zmianę i pranie bielizny pościelowej nie rzadziej niż raz w tygodniu
- d) całodobowa opieka pielęgniarska
- e) niezbędna opieka lekarska
- f) rehabilitacja ruchowa
- g) usługi duszpasterskie
- h) wsparcie psychologiczne
- i) konsultacje logopedyczne
- j) edukacja i poradnictwo zdrowotne
- k) pranie odzieży osobistej pacjenta

2. Poza usługami, o których mowa w pkt.1 Usługodawca, po uprzednim uzgodnieniu z Przedstawicielem lub z Usługobiorcą wykonuje odpłatnie niezbędne świadczenia medyczne m.in.: badania specjalistyczne (np. USG, RTG), konsultacje lekarzy specjalistów, nabywa leki i wyroby medyczne jeżeli jest to niezbędne w trakcie opieki nad Usługobiorcą.

3. Leki, które pacjent przyjmuje przewlekle dostarcza do ZPO Usługobiorca/Przedstawiciel. Dotyczy to również wyrobów medycznych takich jak pieluchy, pieluchomajtki itp. jeżeli istnieje taka konieczność.

4. Usługodawca nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze, kosztowności i inne rzeczy Usługobiorcy, jeżeli nie zostały złożone w depozycie Usługodawcy.

§2

1. Przedstawiciel / Usługobiorca zobowiązuje się do zapłaty Usługodawcy wynagrodzenia za świadczenie określone w §1 pkt.1 lit. a – k do trzeciego dnia każdego miesiąca za każdy miesięczny okres obowiązywania Umowy.

2. Oprócz zapłaty wynagrodzenia za świadczenie wskazane w pkt.1 Przedstawiciel/ Usługobiorca rekompensują Usługodawcy poniesione przez Niego wydatki za usługi, o których mowa w §1 pkt.2 niezwłocznie po otrzymaniu rozliczenia od Usługodawcy.

3. W przypadku gdy pobyt Usługobiorcy jest ustalony na okres krótszy niż jeden miesiąc należność z tytułu wynagrodzenia za świadczenia określone w ust.1 wynosi 120 zł za każdy dzień pobytu.

4. Zapłata należności następuje bezpośrednio w kasie Usługodawcy lub przelewem na rachunek bankowy nr.:

BGŻ BNP PARIBAS 87 1600 1143 1845 0498 0000 0001

5. Do odwrotnych rozliczeń Usługobiorca podaje numer konta bankowego--.....
.....--..... lub adres doręczeń pocztowych. -

§3

1. Usługodawca może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i wezwać Przedstawicieli do niezwłocznego odebrania Usługobiorcy, jeżeli zaległość z tytułu wynagrodzenia przekracza siedem dni.

2. Po przekroczeniu przez Przedstawicieli, Usługobiorcę terminu płatności za wykonane usługi Usługodawca zastrzega sobie prawo do naliczania odsetek ustawowych za każdy dzień zwłoki.

3. Po bezskutecznym wezwaniu do odebrania Usługobiorcy Usługodawca organizuje odwiezienie Usługobiorcy do miejsca zamieszkania dowolnie wybranego Przedstawiciela na Jego koszt.

§4

Usługodawca może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli stwierdzi, że stan zdrowia Usługobiorcy, zwłaszcza zaburzenia psychiczne, uniemożliwiają Jego pobyt w Placówce Usługodawcy, a wiedza o tym stanie była zatajona przed Usługodawcą w chwili podpisywania Umowy.

§5

W przypadku wcześniejszego, niezawinionego przez Usługodawcę odstąpienia od Umowy przez Przedstawiciela / Usługobiorcę, opłata za miesiąc w którym nastąpiło odstąpienie nie podlega zwrotowi. Dotyczy to zdarzeń typu:

- a) pobyt w szpitalu,
- b) przebywanie Usługobiorcy na przepustkach w domu,
- c) odebranie Usługobiorcy przed upływem terminu określonego w Umowie.
- d) zgon

§6

1. Przedstawiciel informuje o tym, że całodobowy kontakt z Nim można uzyskać pod numerami telefonów:.....
.....

2. Przedstawiciel niezwłocznie zawiadamia Usługodawcę o każdej choćby krótkotrwałej zmianie Jego miejsca pobytu i możliwości kontaktu z Nimi.

§7

Wszelkie wątpliwości powstałe na tle wykonania Umowy będą wyjaśniane przez Strony polubownie, a spory będą w ostateczności poddane orzecznictwu sądowemu w sądzie właściwym miejscowo dla usługodawcy.

§8

1. Umowa zostaje zawarta na czas od dnia.....2016 r. do dnia.....2016 r. na czas oznaczony.

2. Umowa może być rozwiązana za zgodą obu stron.

§9

Zmiana Umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§10

W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§11

Umowę sporządzono i podpisano dnia.....2016 r.w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

.....
Usługodawca

.....
Przedstawiciel / Usługobiorca

Oświadczenie

Ja.....

legitymujący(a) się dowodem osobistym seria.....

numer.....

Pesel.....

Adres.....

Telefon.....

Wyrażam zgodę na zawarcie umowy...../2016...dotyczącej pokrywania kosztów żywienia, zakwaterowania i świadczenia usług zdrowotnych dla pacjenta oraz uzgodnionych celowych usług dodatkowych.

Nazwisko i imię.....

data urodzenia.....

Adres.....

Telefon.....

Poręczenie opłaty

Ja.....zam.

.....legitymująca(y) się dowodem osobistym nr.

poręczam za Usługobiorcę dokonywanie opłaty za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Łodzi ul. Wiośniana 34/36 prowadzonym przez Fundację „Wiośniana” w tym pokrywania kosztów żywienia, zakwaterowania i świadczenia usług zdrowotnych dla pacjenta oraz uzgodnionych celowych usług dodatkowych.

Jednocześnie do rozliczeń wzajemnych podaję numer konta bankowego lub adres do doręczeń pocztowych. - -

Łódź, dn.2016 r.

.....
Własnoręczny podpis poręczyciela