

UMOWA
o świadczenie odpłatnych usług w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym
w NZOZ Marimed w Powąlkowicach
(zwana: „Umowa”)

zawarta w dniu2024 roku w Powąlkowicach

pomiędzy:

Panią / Panem

.....
(Nazwisko i Imię Przedstawiciela ustawowego/opiekuna faktycznego)

PESEL:, lub data urodzenia

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

nr telefonue- mail.....

zwaną/ zwanym dalej: „**ZLECENIODAWCĄ**”

a

NZOZ Marimed w Powąlkowicach prowadzonym przez **ALTO sp. z o.o. sp.k.** z siedzibą w Osielsku, przy ul. Szosa Gdańska 19, 86-031 Osielsko, NIP 5542964292, REGON 380039565, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000729283

reprezentowaną przez dr n.med. Andrzeja Stachowiaka – prezesa zarządu jedyne go komplementariusza – ALTO spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, z siedzibą w Osielsku, przy ul. Szosa Gdańska 19, 86-031 Osielsko, NIP: 5542951705, REGON: 367673401 wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bydgoszczy, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000682723, kapitał zakładowy 5.000 zł,

zwaną dalej: „**ZLECENIOBIORCĄ**”

zwanymi dalej łącznie: „**STRONAMI**”

o następującej treści:

§ 1

Przedmiot Umowy

1. Na mocy postanowień Umowy, ZLECENIODAWCA zleca ZLECENIOBIORCY udzielanie odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych uwzględniających opiekę:

- a) pielęgniarstwa,
 - b) opiekunczą,
 - c) terapię zajęciową,
 - d) fizykoterapię,
 - e) podstawowe świadczenia lekarskie w zakresie diagnostyki i leczenia,
- w warunkach stacjonarnych, osobie

.....
PESEL.....

zam.

nazwisko rodowe.....

miejsce urodzenia.....

(zwaną dalej: „**pacjentem**”), i zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia, określonego przez ZLECENIOBIORCĘ, za udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych na warunkach określonych w Umowie. Zapłata za świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze i rehabilitacyjne składa się z opłaty podstawowej za pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz opłaty za dodatkowe świadczenia specjalistyczne zgodnie z wykazem wskazanym w Załączniku nr 2 do Umowy

ZLECENIODAWCA zobowiązany jest do zapłaty ZLECENIOBIORCY za dodatkowe usługi specjalistyczne wskazane w zał nr 2 do umowy.

2. Wykaz świadczeń, składających się na świadczenia podstawowe, za które wynagrodzenie zostało określone w § 4 ust. 1 Umowy, określa *Załącznik nr 1* do Umowy.
3. Wykaz świadczeń dodatkowych, za których wykonanie należne jest dodatkowe wynagrodzenie, wskazany został w Cenniku, stanowiącym *Załącznik nr 2* do Umowy (zwanym: „**Cennikiem**”). Wykonanie świadczeń, nie wskazanych w Cenniku, wymaga odrębnych ustaleń Stron.
4. ZLECENIODAWCA oświadcza, iż jest przedstawicielem a) ustawowym b) opiekunem faktycznym, c) osobą bliską pacjenta wskazanego w ust. 1 powyżej, (właściwie proszę podkreślić).
5. Usługi, będące przedmiotem Umowy, będą świadczone w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym ZLECENIOBIORCY, znajdującym się w: Powąłkowice 16 A, gmina Osiecin, powiat radziejowski (zwanym: „**Zakładem**”).
6. Usługi, będące przedmiotem Umowy, będą udzielane w terminie uzgodnionym przez Strony.
7. Przyjęcie do Zakładu odbywa się po kwalifikacji lekarza ZLECENIOBIORCY.
8. ZLECENIODAWCA jest zobowiązany przedłożyć wszelką posiadaną dokumentację medyczną pacjenta, a w szczególności wyniki badań laboratoryjnych i innych dodatkowych badań diagnostycznych (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badań ultrasonograficznych itp.), wypisy ze szpitala lub z pobytu w innym podmiocie leczniczym.
9. Pacjenci objęci odpłatną opieką u ZLECENIOBIORCY mają prawo i mogą równocześnie korzystać z przysługujących im świadczeń ubezpieczenia zdrowotnego (POZ, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka hospicyjna domowa, rehabilitacyjna, Poradnia Żywienia Dojelitowego, domowa opieka długoterminowa, leki refundowane i bezpłatne z uwagi na wiek, sprzęt i materiały refundowane, itp.)

§ 2

Oświadczenia ZLECENIODAWCY

1. ZLECENIODAWCA oświadcza, że zapoznał się z regulaminem organizacyjnym ZLECENIOBIORCY, dostępnym na stronie www.marimed.pl i tablicy informacyjnej, stanowiącym *Załącznik nr 3*, akceptuje go, co potwierdza swoim podpisem pod Umową.
2. ZLECENIODAWCA oświadcza, że świadomie decyduje się na korzystanie z odpłatnego wykonywania świadczeń zdrowotnych poza obowiązującym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, w związku z czym nie będzie dochodził żadnych roszczeń finansowych dotyczących zwrotu kosztów poniesionych w wyniku realizacji Umowy.

§ 3

Oświadczenie ZLECENIOBIORCY

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

§ 4

Wynagrodzenie

1. ZLECENIODAWCA zobowiązuje się uiszczać ZLECENIOBIORCY podstawową opłatę miesięczną za pobyt pacjenta u ZLECENIOBIORCY - w Zakładzie w wysokości zł brutto za dobę (słownie: złotych) zgodnie z *Załącznikiem nr 1 do regulaminu* - na rachunek bankowy ZLECENIOBIORCY wskazany na Fakturze VAT z zachowaniem wskazanego terminu płatności.
2. ZLECENIODAWCA zobowiązany jest do pokrycia kosztów leków, środków sanitarnych i higienicznych oraz badań laboratoryjnych pacjenta – na podstawie noty obciążeniowej - w terminie 7 dni od dnia jej otrzymania, na co ZLECENIOBIORCA wyraża zgodę.

3. Nieuiszczenie opłaty za miesiąc opieki wskazanej w ust. 1 powyżej, skutkuje możliwością rozwiązania, przez ZLECENIOBIORCĘ, Umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym).
4. ZLECENIOBIORCA zobowiązany jest zawiadomić ZLECENIODAWCĘ o każdej zmianie Cennika, z co najmniej jednomiesięcznym wyprzedzeniem. Brak informacji zwrotnej od ZLECENIODAWCY, w terminie 7 dni od dnia otrzymania informacji o zmianie Cennika, będzie równoznaczny z akceptacją zmiany cennika.
5. W razie wcześniejszego rozwiązania Umowy opłata, uiszczona zgodnie z ust. 1 powyżej, zostanie rozliczona proporcjonalnie, do pełnego tygodnia, w stosunku do liczby dni pobytu pacjenta u ZLECENIOBIORCY - w Zakładzie. Zwrot nastąpi w terminie 10 dni od dnia rozwiązania Umowy. Proponujemy rozliczanie wg rzeczywistego pobytu pacjenta w NZOZ z wyjątkiem turnusów rehabilitacyjnych.
6. W przypadku nieuiszczenia opłaty za pobyt pacjenta, wskazanej w ust. 1 lub ust. 2 powyżej lub/i opłaty dodatkowej, wskazanej w ust. 3 powyżej, naliczone zostaną odsetki ustawowe za opóźnienie.

§ 5

Obowiązki ZLECENIODAWCY

1. ZLECENIODAWCA zobowiązuje się zapewnić transport pacjenta do Zakładu ZLECENIOBIORCY na własny koszt, w uzgodnionym przez Strony terminie. Po zakończeniu trwania Umowy, ZLECENIODAWCA zobowiązany jest do odbioru pacjenta od ZLECENIOBIORCY (zapewnienia, na swój koszt, stosownego transportu).
2. ZLECENIODAWCA zobowiązuje się do stałego kontaktu z lekarzem prowadzącym w celu; uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz wykonania niezbędnych świadczeń dodatkowych, zgodnie z przyjętymi zasadami kontaktu u ZLECENIOBIORCY, stanowiącymi **Załącznik nr 4** do niniejszej Umowy.
3. ZLECENIODAWCA oświadcza, że całodobowy kontakt z nim lub z osobą bliską pacjenta jest możliwy pod następującymi numerami telefonów:

Pani/Pan:	Pani/Pan:
stopień pokrewieństwa:	stopień pokrewieństwa:
nr telefonu:	nr telefonu:
4. ZLECENIODAWCA zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia ZLECENIOBIORCY, drogą pisemną lub elektroniczną, o każdej zmianie danych kontaktowych.

§ 6

Obniżenie wysokości wynagrodzenia

W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji pacjenta, pacjent zostanie skierowany do szpitala. W takim przypadku za okres pobytu pacjenta w szpitalu ZLECENIOBIORCA pobiera kwotę odpowiadającą 85 % opłaty, wskazanej w § 4 ust. 1 powyżej, przez okres pobytu pacjenta w szpitalu, nie dłuższy jednak niż 14 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli pobyt pacjenta w szpitalu przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim, ZLECENIOBIORCA zawiesza naliczanie opłaty za pobyt pacjenta w Zakładzie

§ 7

Obowiązki ZLECENIOBIORCY

ZLECENIOBIORCA oświadcza, że:

1. umożliwi pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi; jednak w sytuacjach wyjątkowych (np. epidemia) ZLECENIODAWCA może ograniczyć odwiedziny ze względu na zagrożenie prawidłowego funkcjonowania Zakładu, w tym ryzyko zachorowania na chorobę zakaźną.
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 Zakładu, uwzględniając potrzeby wszystkich pacjentów.

§ 8

Rozwiązanie Umowy

1. ZLECENIOBIORCA zastrzega sobie prawo rozwiązania Umowy w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia agresywnych zachowań ze strony pacjenta lub odwiedzających go osób wobec personelu, pacjentów lub innych osób przebywających w Zakładzie, lub w razie wyrządzenia przez pacjenta lub osoby go odwiedzające szkody w mieniu ZLECENIOBIORCY lub osoby trzeciej, lub wyrządzenia szkody na osobie, a także w przypadku zaistnienia zagrożenia, poprzez zachowanie pacjenta, dla życia lub zdrowia osób przebywających w Zakładzie lub niestosowania się do zaleceń personelu medycznego czy obostrzeń związanych z wystąpieniem chorób zakaźnych na terenie Zakładu.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 powyżej, pacjent zostaje wypisany z Zakładu ZLECENIOBIORCY, a ZLECENIODAWCA zobowiązany jest odebrać pacjenta z Zakładu w terminie 3 dni od daty powiadomienia (ustnie lub w formie pisemnej), zabierając ze sobą wszystkie jego rzeczy osobiste. W przypadku niezastosowania się do powyższego obowiązku odbioru pacjenta z Zakładu, ZLECENIODAWCA zobowiązany jest do uiszczenia miesięcznej opłaty dodatkowej w wysokości 100% kwoty opłaty, wskazanej w § 4 ust. 1 powyżej, niezależnie od obowiązku uiszczenia opłaty za pobyt pacjenta, zgodnie z § 4 ust. 1 powyżej, za cały okres pobytu pacjenta w Zakładzie. Z chwilą opuszczenia Zakładu, przez pacjenta, ZLECENIOBIORCA zwraca ZLECENIODAWCY środki farmaceutyczne i materiały medyczne, odzież oraz rzeczy pacjenta.
3. W razie rozwiązania Umowy, do czasu odbioru pacjenta, ZLECENIODAWCA zobowiązany jest do uiszczania opłat za pobyt pacjenta zgodnie z postanowieniami § 4 powyżej.
4. Zastrzeżona kara umowna nie wyłącza możliwości żądania zapłaty odszkodowania w kwocie ją przewyższającej.
5. ZLECENIOBIORCA zastrzega sobie możliwość wypowiedzenia Umowy z 5 dniowym okresem wypowiedzenia, jeśli stan zdrowia pacjenta nie kwalifikuje się do pobytu w Zakładzie oraz jeśli brak jest wskazań do dalszego pobytu w Zakładzie.
6. Wszelkie zastrzeżenia do jakości opieki i warunków pobytu należy zgłaszać bezpośrednio do Rzecznika Praw Pacjenta i Zarządu Spółki pisemnie lub drogą mailową na adres biuro@marimed.org.pl
7. Umowa ulega rozwiązaniu bez zachowania okresu wypowiedzenia (ze skutkiem natychmiastowym) w przypadkach w niej wskazanych lub w razie:
 - a) naruszenia, przez ZLECENIODAWCĘ, któregośkolwiek z postanowień § 4 Umowy;
 - b) wystąpienia wobec pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w Zakładzie np. choroby zakaźne, choroby psychiczne.
 - c) zgonu pacjenta
8. W razie rozwiązania Umowy, ZLECENIODAWCA obowiązany jest do odbioru pacjenta w dniu rozwiązania Umowy.
9. W razie rozwiązania Umowy, do czasu odbioru pacjenta, ZLECENIODAWCA zobowiązany jest do uiszczania opłat za pobyt zgodnie z postanowieniami § 4 powyżej, oraz opłaty dodatkowej wskazanej w § 8 ust. 2 powyżej.

§ 9

Czas trwania Umowy

1. Umowa zawarta jest na czas określony od dnia..... do dnia.....
czas nieokreślony od dnia jej podpisania (właściwe proszę podkreślić)

2. Każdej ze Stron przysługuje prawo rozwiązania Umowy z zachowaniem okresu wypowiedzenia w wymiarze 10 (dziesięciu) dni roboczych.

§ 10 **Postanowienia końcowe**

3. Jeżeli niektóre z postanowień Umowy są lub staną się nieważne, lub nieskuteczne, nie spowoduje to naruszenia skuteczności Umowy w jej pozostałej części. W takim wypadku Strony są zobowiązane zastąpić postanowienie nieważne lub nieskuteczne uregulowaniem skutecznym prawnie, które będzie odpowiadało lub będzie najbliższe celowi i wytyczonym zamierzeniom ekonomicznym postanowienia nieważnego lub nieskutecznego.
4. W sprawach nieuregulowanych Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 06 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
5. Sprawy sporne, wynikające z realizacji Umowy, Strony będą starały się rozstrzygać w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla miasta Bydgoszcz.
6. Załączniki do Umowy stanowią jej integralną część.
7. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej – pod rygorem nieważności.

§ 12

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Załączniki:

- Załącznik nr 1 – Zakres świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym.
- Załącznik nr 2 – Cennik – Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego.
- Załącznik nr 3 – Regulamin organizacyjny.
- Załącznik nr 4 – Wykaz kontaktów do ZLECENIOBIORCY.
- Załącznik nr 5 – Klauzula informacyjna.
- Załącznik nr 6 – Zgoda pacjenta.

Prezes Zarządu
ALTO Sp. z o.o. -komplementariusza
ALTO Sp. z o.o. Sp.k.
dr n.med. **Andrzej Stachowiak**

.....
ZLECENIOBIORCA

.....
ZLECENIODAWCA

Wyrażam zgodę na przesyłanie faktur, duplikatów tych faktur oraz ich korekt, jak również ewentualnych not obciążeniowych w formie elektronicznej na podany poniżej adres e-mail:

.....
(data i czytelny podpis Zleceniodawcy)