

Aneks nr do umowy
o świadczenie odpłatnych usług medycznych
w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym

zawarty w dniu roku w Rawiczu pomiędzy:

1. Panią / Panem

.....
(Nazwisko i Imię)

PESEL:, lub data urodzenia

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:*

** wypełnić, gdy adres korespondencji jest inny niż adres zamieszkania*

nr telefonu

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem

Zwaną/ zwanym w dalszej części umowy **ZLECENIODAWCĄ/PACJENTEM**

2. Panią / Panem

.....
(Nazwisko i Imię)

PESEL:, lub data urodzenia

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:*

** wypełnić, gdy adres korespondencji jest inny niż adres zamieszkania*

nr telefonu

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem

Zwaną/ zwanym w dalszej części umowy **FINANSUJĄCYM,**

a

SZPITALEM POWIATOWYM w Rawiczu Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Gen. Grota-Roweckiego 6, 63-900 Rawicz, wpisanym do rejestru Podmiotów Działalności Leczniczej pod nr 000000022811, posiadającym nr KRS 0000316422, reprezentowanym przez Zarząd w osobach:

1.

2.

zwanym dalej **ZLECENIOBIORCĄ**

§ 1

Strony zgodnie postanawiają, że zmianie ulega zakres świadczeń pielęgnacyjno opiekuńczych udzielanych pacjentowi stanowiący załącznik do aneksu.

§ 2

Świadczenia, o których mowa w § 1 płatne są według aktualnie obowiązującego cennika świadczeń.

§ 3

1. Aneks sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.
2. Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania.

.....
ZLECENIOBIORCA

.....
ZLECENIODAWCA/PACJENT
(czytelny podpis)

.....
FINANSUJĄCY
(czytelny podpis)

.....
POTWIERDZENIE KIEROWNIKA ZOL

