

UMOWA nr
o świadczenie odpłatnych usług medycznych
w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym

zawarta 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. Grot-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**
o następującej treści:

§ 1

1. Jeżeli Zleceniodawca/Pacjent ma pełną zdolność do czynności prawnych, wówczas dokonuje czynności prawnych osobiście albo przez pełnomocnika wskazanego w ust. 2 bądź w odrębnym pełnomocnictwie.

2. Zleceniodawca/Pacjent niniejszym udziela

Pani/Panu PESEL:.....
TEL., adres elektroniczny
adres do korespondencji
pełnomocnictwa do dokonywania w jego imieniu wszelkich czynności prawnych związanych z pobytem w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym.

3. Zleceniodawca/Pacjent wyraża zgodę na udzielanie wszelkich informacji o jego stanie zdrowia oraz na udostępnianie jego dokumentacji medycznej następującym osobom:

..... (Imię i Nazwisko, Pesel),
..... (Imię i Nazwisko, Pesel),
..... (Imię i Nazwisko, Pesel).

4. Na mocy postanowień niniejszej umowy, Zleceniodawca/Pacjent zleca, a Zleceniobiorca przyjmuje do wykonania za wynagrodzeniem świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ZOL (zwane dalej świadczeniami), za które Zleceniodawca/Pacjent zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Zleceniobiorcy wynagrodzenia za udzielanie świadczeń na które składa się opłata za pobyt w ZOL oraz opłaty za świadczenia dodatkowe na warunkach określonych w niniejszej umowie.

5. Świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym Zleceniobiorcy.

6. Świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy będą udzielane w terminie uzgodnionym przez Strony.

7. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego odbywa się na wniosek Zleceniodawcy/Pacjenta wyrażony na piśmie, stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej umowy.

8. Wraz z wnioskiem o przyjęcie Zleceniodawca/Pacjent jest zobowiązany przedłożyć swoją wszelką posiadaną dokumentację medyczną, a w szczególności wyniki badań, wypisy ze szpitala, zdjęcia, opisy, informację o przyjmowanych lekach, itp.

§ 2

Zleceniodawca/Pacjent oświadcza, że:

1. zapoznał się z regulaminem korzystania z odpłatnych świadczeń zdrowotnych świadczonych przez Zleceniobiorcę (www.szpitalrawicz.pl) i go akceptuje, co potwierdza swoim podpisem pod niniejszą umową,
2. nie jest uprawniony do uzyskiwania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również na podstawie innych obowiązujących przepisów prawa, ewentualnie TAK NIE*
3. jest uprawniony do uzyskiwania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jak również na podstawie innych obowiązujących przepisów prawa, jednakże – pouczony o możliwości skorzystania z bezpłatnego świadczenia zdrowotnego w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego u Zleceniobiorcy lub dowolnie wybranego innego świadczeniodawcy realizującego dany zakres

świadczeń, nie korzysta z przysługującego mu prawa i zleca wykonanie przez Zleceniobiorcę odpłatnej usługi medycznej na zasadach określonych niniejszą umową. TAK NIE *

**niepotrzebne skreślić*

§ 3

1. Świadczenia opiekuńczo-lecznicze będące przedmiotem niniejszej umowy obejmują świadczenia podstawowe dla pacjentów ZOL oraz mogą obejmować świadczenia dodatkowe dla pacjentów komercyjnych ZOL.
2. Wykaz świadczeń składających się na świadczenia podstawowe i świadczenia dodatkowe określa załącznik nr 2 do niniejszej umowy. Każda zmiana załącznika nr 4 do niniejszej umowy następuje w drodze pisemnego aneksu.

§ 4

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

§ 5

1. Finansujący zobowiązuje się uiszczać Zleceniobiorcy wynagrodzenie za udzielane świadczenia na rzecz Zleceniodawcy/Pacjenta w postaci miesięcznej opłaty za pobyt w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w wysokości określonej w cenniku Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o. o stanowiącym załącznik nr 3 do niniejszej umowy
2. Po uzgodnieniu ze Zleceniobiorcą oprócz miesięcznej opłaty za pobyt Zleceniodawcy/Pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym, Finansujący zobowiązuje się pokryć koszty opisane w ust. 5 poniżej.
3. Zleceniobiorca zobowiązany jest zawiadomić Zleceniodawcę/Pacjenta i Finansującego o każdej zmianie cennika, z co najmniej jednomiesięcznym wyprzedzeniem. Zleceniodawca/Pacjent może w terminie miesiąca od daty poinformowania o zmianie cennika złożyć na piśmie oświadczenie, iż nie akceptuje nowego cennika. Brak akceptacji przez Zleceniodawcę/Pacjenta cennika w terminie wskazanym w zdaniu poprzednim skutkuje rozwiązaniem niniejszej umowy z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
4. Opłata o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu obejmuje:
 - zakwaterowanie w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym,
 - wyżywienie (dieta adekwatna do stanu odżywienia i stanu zdrowia),
 - opiekę personelu pielęgniarskiego / opiekuńczego,
 - podstawową opiekę lekarską.
5. Opłata o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu nie obejmuje:
 - kosztu leków,
 - kosztu prania odzieży pacjenta,
 - kosztu zakupu pieluchomajtek,
 - kosztu środków higienicznych,
 - terapii logopedycznej,
 - rehabilitacji,
 - leczenia odleżyn,
 - transportu sanitarnego do miejsca zamieszkania lub innej placówki leczniczej za wyjątkiem stanów nagłych,
 - konsultacji lekarzy specjalistów,
 - badań diagnostycznych (laboratorium USG, RTG, TK itp.).

6. W przypadku konieczności poniesienia wskazanych wyżej kosztów przez Zleceniobiorcę, Finansujący zobowiązuje się do ich poniesienia w oparciu o przedstawione przez Zleceniobiorcę miesięczne zestawienie kosztów dodatkowych związanych z pobytem Zleceniodawcy/Pacjenta w ZOL, stanowiącego załącznik do faktury.
7. Finansujący zobowiązuje się do ponoszenia miesięcznej opłaty za świadczenia dodatkowe:
- | | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|----------------|
| a) za środki higieniczne | tak | nie | w kwocie |
| b) za pranie | tak | nie | w kwocie |
| c) za świadczenia rehabilitacyjne | tak | nie | w kwocie |
| d) logopeda | tak | nie | w kwocie |
| e) inne (wymienić) | | | |
- w kwocie

§ 6

Zleceniobiorca deklaruje gotowość przyjęcia Zleceniodawcy/Pacjenta na pobyt odpłatny od dnia:

.....

§ 7

1. Zleceniodawca/Pacjent zobowiązuje się stawić w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym Zleceniobiorcy na własny koszt, w uzgodnionym terminie. Po zakończeniu trwania niniejszej umowy Zleceniodawca/Pacjent obowiązany jest do opuszczenia Zakładu na własny koszt wraz z wszystkimi rzeczami będącymi jego własnością.
2. W sytuacji, gdy Zleceniodawca/Pacjent wymaga zażywania leków własnych, Finansujący zobowiązany jest dostarczać Zleceniobiorcy z odpowiednim wyprzedzeniem przepisane leki i w odpowiedniej ilości zgodnie z zaleceniami lekarskimi. W sytuacji wymagającej pilnego podania leku własnego lub leku nowo zleconego przez lekarza lecz nie ujętego w kosztach, o których mowa w § 5 – odpowiedni lek należy dostarczyć jeśli jest to możliwe w ciągu 4 godzin. Jeżeli Finansujący nie ma możliwości dostarczenia leku w podanym okresie czasu, lek będzie podany z apteczki ZOL. Finansujący zostanie wówczas obciążony „opłatą dodatkową” na koniec miesiąca kalendarzowego.
3. Finansujący oświadcza, że całodobowy kontakt jest możliwy pod następującymi nr telefonów
4. Finansujący zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia Zleceniobiorcy o każdej zmianie możliwości kontaktu.

§ 8

1. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji, Zleceniodawca/Pacjent zostanie skierowany do Szpitala Zleceniobiorcy lub innego szpitala jeśli w szpitalu Zleceniobiorcy nie ma możliwości udzielenia odpowiednich do stanu zdrowia świadczeń zdrowotnych.
2. W przypadku pobytu Zleceniodawcy/Pacjenta w szpitalu, Zleceniobiorca za okres pobytu Zleceniodawcy/Pacjenta pobiera opłatę obniżoną w wysokości 15% obowiązującej według cennika stawki za osobodzień przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli pobyt Zleceniodawcy/Pacjenta w Szpitalu przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim,

Zleceniobiorca może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym, chyba, że Finansujący zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za świadczenia pielęgniacyjno-opiekuńcze za ten okres.

3. Za okres przepustki Zleceniodawcy/Pacjenta z ZOL Zleceniobiorca pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 15% obowiązującej według cennika stawki za osobodzień - do 7 dni kalendarzowych w miesiącu. Zleceniobiorca nie ponosi kosztów związanych z transportem pacjenta na przepustkę.

§ 9

Zleceniobiorca oświadcza, że:

1. umożliwi Zleceniodawcy/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 Zleceniodawcy/Pacjenta w obrębie Zakładu, uwzględniając potrzeby wszystkich podopiecznych.

§ 10

1. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia agresywnych zachowań ze strony Zleceniodawcy/Pacjenta wobec personelu, pacjentów i innych osób przebywających w Zakładzie, wyrządzenia przez Zleceniodawcę/Pacjenta szkód w mieniu Zleceniobiorcy lub osobie trzeciej.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 Zleceniodawca/Pacjent zostaje wypisany z Zakładu Opiekuńczo Leczniczego Zleceniobiorcy, i jest zobowiązany opuścić Zakład w terminie 2 dni roboczych od daty powiadomienia, zabierając ze sobą wszystkie swoje rzeczy osobiste. W przypadku nie zastosowania się do powyższego obowiązku, Zleceniobiorca nalicza Zleceniodawcy/Pacjentowi i Finansującemu opłatę dodatkową w wysokości 100% stawki podstawowej za osobodzień. Z chwilą opuszczenia Zakładu przez Zleceniodawcę/Pacjenta zwraca się mu środki farmaceutyczne i materiały medyczne, odzież oraz rzeczy zdeponowane w depozycie za pokwitowaniem.

§ 11

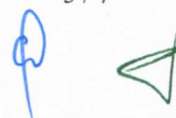
1. Strony ustalają, że zapłata pierwszej opłaty za pobyt Zleceniodawcy/Pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym nastąpi przed przystąpieniem do wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem niniejszej umowy, na podstawie zlecenia kasowego stanowiącego załącznik nr 4 do niniejszej umowy, w kasie Szpitala Powiatowego w Rawiczu Sp. z o.o. lub przelewem na rachunek bankowy 44 1130 1088 0001 3108 3620 0001 .

Po dokonaniu wpłaty wystawiona zostanie faktura VAT na:

.....
imię i nazwisko

.....
adres

2. Dowód opłaty za pobyt Finansujący obowiązany jest przekazać Zleceniobiorcy przy przyjęciu Zleceniodawcy/Pacjenta do Zakładu.
3. Za kolejny okres pobytu Zleceniodawcy/Pacjenta Finansujący zobowiązuje się uiszczać opłatę za pobyt o której mowa w § 5 ust. 1 niniejszej umowy z góry za okres miesięczny w terminie płatności



do 25 dnia miesiąca, przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.

4. Opłatę dodatkową, o której mowa w § 5 ust. 7 oraz opłaty za świadczenia o których mowa w § 5 ust. 6 i w § 10 ust. 2 niniejszej umowy Finansujący zobowiązuje się uiścić Zleceniobiorcy w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.
5. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt Zleceniodawcy/Pacjenta oraz opłaty dodatkowej w ustalonym terminie Zleceniobiorca nalicza odsetki ustawowe za każdy dzień zwłoki, a ponadto Zleceniobiorca jest uprawniony do rozwiązania niniejszej umowy ze skutkiem natychmiastowym. Postanowienia § 10 ust.2 umowy, stosuje się odpowiednio.

§ 12

1. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę/Pacjenta z pobytu przed przyjęciem do Zakładu, po uiszczeniu opłaty za pobyt, Zleceniobiorca zwróci opłatę na wskazany rachunek bankowy. Rezygnacja Zleceniodawcy/Pacjenta powinna nastąpić na piśmie, wówczas umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu z datą złożenia rezygnacji.
2. W przypadku rezygnacji przez Zleceniodawcę/Pacjenta ze świadczonych usług w trakcie pobytu w Zakładzie, Zleceniobiorca obowiązany jest wypowiedzieć niniejszą umowę na piśmie, wówczas opłata za pobyt naliczana jest w wysokości proporcjonalnej do okresu pobytu Zleceniodawcy/Pacjenta.

§ 13

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*.
**niepotrzebne skreślić*
3. W przypadku wygaśnięcia umowy z upływem okresu na który została zawarta, Zleceniodawca/Pacjent zobowiązany jest opuścić Zakład najpóźniej w dniu wygaśnięcia umowy. Postanowienia § 10 ust.2 stosuje się odpowiednio.

§ 14

Poza przypadkami wskazanymi w niniejszej umowie, umowa ulega rozwiązaniu również w następujących sytuacjach:

1. nie dokonania przez Finansującego opłaty za pobyt Zleceniodawcy/Pacjenta przed przyjęciem do Zakładu,
2. zgonu Zleceniodawcy/Pacjenta,
3. wystąpienia wobec Zleceniodawcy/Pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w Zakładzie np. choroby zakaźne, choroby psychiczne.

W sytuacji wskazanej w punkcie 3 niniejszego paragrafu, postanowienia § 10 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

§ 15

1. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania niniejszej umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem postanowień § 14 umowy.
2. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.



§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U.2022.633 tj.z póź.zm.), ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U.2022.1876 tj.).

§ 17

Sprawy sporne, wynikające z realizacji niniejszej umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia, spór rozstrzygać będzie sąd właściwy miejscowo dla siedziby lub zamieszkania powoda.

§ 18

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla Zleceniodawcy/Pacjenta, jeden dla Finansującego i jeden dla Zleceniobiorcy.

§ 19

Załączniki do umowy:

- a) nr 1 wniosek o przyjęcie do ZOL w trybie odpłatności za pobyt,
- b) nr 2 zakres świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych objętych umową,
- c) nr 3 cennik usług,
- d) nr 4 zlecenie kasowe.

stanowią jej integralną część.

.....
ZLECENIOBIORCA

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

.....
FINANSUJĄCY
(czytelny podpis)

.....
POTWIERDZENIE KIEROWNIKA ZOL
o możliwości przyjęcia w terminie określonym w § 6