

Umowa o świadczenie usług medycznych

zawarta w dniu..... r. w Łodzi pomiędzy:

SALVE spółka z ograniczoną odpowiedzialnością spółka komandytowa, z siedzibą w Łodzi przy ul. A. Struga 3, 90-420 Łódź, wpisaną do Krajowego rejestru Sądowego – Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi pod nr KRS 0000698428, NIP 7251730840, REGON 472181467, reprezentowana przez komplementariusza SALVE spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Łodzi przy ul. A. Struga 3, 90-420 Łódź, wpisaną do Krajowego rejestru Sądowego – Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi pod nr KRS 0000666119, NIP 7252185913, REGON 36666764,

reprezentowaną przez:

Michała Lecha - Członka Zarządu uprawnionego do jednoosobowej reprezentacji,

Agnieszka Sobkiewicz - Członka Zarządu uprawnionego do jednoosobowej reprezentacji,

Zwaną dalej „SALVE”,

a

Panią / Panem.....

Zamieszkałą /ym w przy ul.

PESEL : NIP:.....

Telefon: e-mail:

zwanym dalej „Pacjentem”

W związku z wnioskiem Pacjenta o wykonanie przez SALVE świadczeń medycznych, Strony zawierają umowę o następującej treści:

§1

Pacjent zleca, a SALVE przyjmuje do wykonania, za wynagrodzeniem **świadczenia opieki zdrowotnej**

z zakresu.....polegające na

zwane w dalszej części Umowy łącznie „**Świadczeniami**”.

§ 2

1. Pacjent oświadcza, że*:
 - a) nie jest uprawniony do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jak również na podstawie innych obowiązujących przepisów;
 - b) jest uprawniony do uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub na podstawie innych obowiązujących przepisów, jednakże – pouczony o możliwości skorzystania z bezpłatnego świadczenia zdrowotnego w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego u SALVE lub dowolnie wybranego innego świadczeniodawcy realizującego dany zakres świadczeń - nie korzysta z przysługującego mu prawa i zleca wykonanie przez SALVE odpłatnej usługi medycznej na zasadach określonych niniejszą umową.
2. SALVE zaś oświadcza, że:
 - a) jest uprawniona i spełnia wszelkie wymogi niezbędne do wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym niniejszą umową;
 - b) dysponuje odpowiednio wykwalifikowanym i przeszkolonym personelem, niezbędnym do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową;
 - c) dysponuje stosownym, w pełni sprawnym i dopuszczonym do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami wyposażeniem i aparaturą medyczną, niezbędnymi do prawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową.

Świadczenia opieki zdrowotnej

§ 3

1. Warunkiem niezbędnym udzielenia Świadczeń jest kwalifikacja lekarska dokonana przez lekarza współpracującego z SALVE, po uprzednim przedłożeniu przez Pacjenta wyników wszystkich zleconych mu przez lekarza badań.
2. Podczas wizyty kwalifikacyjnej:
 - a) lekarz poinformuje Pacjenta o planowanym sposobie przeprowadzenia zabiegu;
 - b) pouczy Pacjenta o ryzyku związanym z zabiegiem;
 - c) ustali z Pacjentem dogodny dla obu stron termin zabiegu;

§ 4

1. W celu realizacji Świadczenia Pacjent zobowiązuje się do dostarczenia SALVE wszelkich danych i informacji, w tym w szczególności wyników badań, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich lub laboratoryjnych, wymaganych przez SALVE i umożliwiających wykonanie przez SALVE niniejszej umowy.
2. W razie zaistnienia takiej potrzeby, uzasadnionej względami medycznymi, Pacjent upoważnia SALVE do wykonania dodatkowych czynności medycznych, w tym w szczególności badań, czynności diagnostycznych bądź dodatkowych procedur medycznych. Z tytułu realizacji dodatkowych czynności medycznych SALVE

* Niewłaściwe skreślić

będzie przysługiwało odrębne wynagrodzenie, ustalone zgodnie z cennikiem obowiązującym u niego w chwili ich realizacji, który cennik pozostaje do swobodnego wglądu Pacjenta.

3. SALVE każdorazowo zobowiązana jest poinformować Pacjenta o konieczności wykonania dodatkowych czynności medycznych, o których mowa w ust. 2, a na prośbę dodatkowo udostępnić aktualny cennik.
4. Pacjent oświadcza, iż akceptuje wszelkie rachunki oraz faktury VAT wystawione tytułem wykonania dodatkowych czynności medycznych, o których mowa w ust. 2, bez konieczności składania na nich swojego podpisu.

Świadczenia zdrowotne towarzyszące

§ 5

1. W przypadku gdy udzielone Świadczenie wiązać się będzie z potrzebą hospitalizacji, SALVE zakwateruje Pacjenta w Sali hospitalizacyjnej jedno lub dwuosobowej, z łazienką, wyposażonej w klimatyzację, telewizor LCD, Internet. oraz zapewni Pacjentowi wyżywienie z uwzględnieniem w razie konieczności szczególnej diety zleconej przez lekarza SALVE.
2. Wyboru sali hospitalizacyjnej, w której umieszczony będzie Pacjent dokona SALVE, uwzględniając przy tym w miarę możliwości preferencje Pacjenta.
3. O potrzebie oraz czasie hospitalizacji decyduje każdorazowo lekarz SALVE w oparciu o charakter Świadczenia i względy medyczne.

Wynagrodzenie

§ 6

1. Z tytułu zleconych Usług, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty na rzecz SALVE wynagrodzenia w wysokości zł. (słownie:.....)
2. Zapłata wynagrodzenia nastąpi w sposób taki, że całość wynagrodzenia Pacjent uiszczy najpóźniej 14 dni przed datą planowanego zabiegu.

-W tytule przelewu prosimy wpisać nazwę zabiegu/operacji oraz nazwisko lekarza wykonującego zabieg/operację.

-Po dokonaniu zapłaty SALVE wystawi i doręczy Pacjentowi fakturę VAT.

Wyrażam zgodę na przesłanie faktury VAT drogą elektroniczną na adres e-mail podany powyżej.

Proszę również o przesłanie faktury w wersji papierowej.

3. Niezależnie od wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1, Pacjent zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia za wykonane dodatkowe czynności medyczne, o których mowa w § 4 ust. 2. Zapłata z tego tytułu nastąpi w terminie wskazanym na rachunku lub fakturze, nie krótszym jednak niż 7 dni od dnia wystawienia faktury.
Wszelkie płatności dokonywane będą przelewem na rachunek bankowy SALVE prowadzony w banku:
Bank PKO SA I Oddział w Łodzi pod nr 18 1240 3015 1111 0000 3412 7744 (tytuł przelewu: imię i nazwisko pacjenta)

4. Za dzień zapłaty uważa się dzień uznania rachunku bankowego SALVE. W razie uchybienia terminowi płatności, SALVE uprawniony będzie do żądania od Pacjenta zapłaty odsetek ustawowych za każdy dzień opóźnienia.

Odstąpienie od umowy

§ 7

1. Nie później niż na 7 dni przed planowanym terminem Świadczenia każda ze stron może złożyć pisemne oświadczenie o odstąpieniu od niniejszej umowy. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy wymaga, pod rygorem nieważności, formy pisemnej i jest skuteczne z chwilą, w której dotarło do adresata w taki sposób, że mógł się on zapoznać z jego treścią.
2. W razie odstąpienia od umowy przez którąkolwiek ze Stron w terminie, o którym mowa w ust. 1, każda ze stron umowy zobowiązana jest zwrócić drugiej stronie wszystko, co otrzymała od niej w związku z realizacją niniejszej umowy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Za odstąpienie od umowy przez Pacjenta uważa się także:
 - a) niedokonanie przez niego zapłaty, o której mowa w § 6 ust. 2 w terminie wskazanym w tym przepisie,
 - b) niestawienie się na umówiony termin Świadczenia,
 - c) stawienie się na umówiony termin Świadczenia w stanie uniemożliwiającym jego wykonanie, jeżeli stan ten został wywołany zawinionym zachowaniem się Pacjenta, sprzecznym z zaleceniami lekarskimi

W takim wypadku SALVE zobowiązane jest do zwrotu na rzecz Pacjenta w terminie 14 dni od daty odstąpienia od umowy wpłaconej kwoty, po dokonaniu potrącenia z niej kwoty stanowiącej równowartość kosztów poniesionych przez SALVE w związku z zawarciem niniejszej umowy.
4. SALVE może odstąpić od umowy w każdym czasie, jeżeli wykonanie Świadczenia w ustalonym terminie z przyczyn uzasadnionych względami medycznymi będzie niemożliwe lub będzie niosło za sobą zwiększone ryzyko, które to okoliczności nie występowały w dacie kwalifikacji do zabiegu. W takim wypadku SALVE zobowiązany jest zwrócić Pacjentowi całą wpłaconą przez niego na poczet wynagrodzenia kwotę.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Spory mogące wyniknąć przy wykonywaniu postanowień niniejszej umowy strony poddają pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego właściwego miejscowo dla siedziby SALVE w dniu wnoszenia pozwu.
3. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

KLAUZULA INFORMACYJNA

„Zgodnie z art. 13 ust. 1 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (RODO), informujemy, iż:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest **Salve Sp. z o.o. Sp. K.** z siedzibą w Łodzi (90-420) przy ul. A. Struga 3, tel.: +48 42 6335661, e-mail: centrumtelefoniczne@salve.pl
2. Wszelkie informacje i wątpliwości dotyczące przetwarzania Państwa danych przez Administratora można kierować do Inspektora Ochrony Danych pisemnie na adres administratora lub mailowo na adres iod@salve.pl
3. Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu:
 - 1) udzielania świadczeń zdrowotnych. Podstawą przetwarzania Państwa danych osobowych w takim przypadku jest art. 9 ust. 2 lit. h) RODO w związku z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - 2) marketingowym Administratora. Podstawą przetwarzania Państwa danych w takim przypadku jest Państwa zgoda (art. 6 ust. 1 lit. a i art. 9 ust. 2 lit. a RODO).
4. Odbiorcami Państwa danych osobowych mogą być podmioty przetwarzające dane osobowe na zlecenie Administratora lub inne podmioty, których udział w realizacji celów, o których mowa w ust. 3 powyżej jest niezbędne.
5. Państwa dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, o których mowa w ust. 3 oraz przez okres przechowywania dokumentacji medycznej wymagany przepisami powszechnie obowiązującego prawa.
6. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych/ danych Państwa dziecka, prawo ich sprostowania i usunięcia, nie przysługuje Państwu prawo do ich: ograniczenia przetwarzania, przenoszenia oraz wniesienia sprzeciwu. Jeżeli przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie Państwa zgody, mają Państwo prawo cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
7. Jeśli uznają Państwo, iż przetwarzanie danych osobowych Państwa dotyczących/ dotyczących Państwa dziecka narusza przepisy RODO, przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Państwa danych osobowych w celu, o którym mowa w ust. 3 pkt. 1 powyżej jest wymogiem ustawowym. W razie niepodania danych osobowych możliwa jest odmowa realizacji świadczenia zdrowotnego. Podanie przez Państwa danych osobowych w celu, o którym mowa w ust. 3 pkt. 2 powyżej jest dobrowolne.