

**Załącznik nr 22b**

do Regulaminu udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w Centrum Gerontologii – Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

**UMOWA**

o świadczenie odpłatnych, komercyjnych usług medycznych w Centrum Gerontologii –  
Zakład Opiekuńczo – Lecznicy w Polkowicach

zawarta w dniu ..... 2019 roku

pomiędzy:

Panią / Panem\*

.....

(Nazwisko i Imię)

PESEL:....., data urodzenia.....

Adres zamieszkania:.....

nr telefonu .....

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem\* .....

zwanym w dalszej części umowy ZLECENIODAWCĄ

będącym opiekunem ustawowym/opiekunem prawnym/kuratorem\*, upoważnionym do reprezentowania, postanowieniem sądu (stanowiącym Załącznik do umowy), pacjenta zakwalifikowanego do pobytu w ZOL:

Panią / Pana\*

.....

(Nazwisko i Imię)

PESEL:....., data urodzenia.....

Adres zamieszkania:.....

nr telefonu .....

Legitymującym się dowodem osobistym / paszportem

.....

a

Polkowickim Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. – Centrum Gerontologii Zakład Opiekuńczo - Lecznicy z siedzibą przy ul. kard. Bolesława Kominka 7, 59 – 101 Polkowice, reprezentowanym przez:

**Beatę Michalewską – Prezesa Zarządu**

zwanym dalej ZLECENIOBIORCĄ

o następującej treści:

**§ 1**

1. Na mocy postanowień niniejszej umowy, Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy udzielanie odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych i zobowiązuje się do zapłaty określonej przez Zleceniobiorcę opłaty za udzielanie świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, na warunkach określonych w niniejszej umowie.
2. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą świadczone w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicy Zleceniobiorcy.
3. Usługi będące przedmiotem niniejszej umowy będą udzielane w terminie uzgodnionym przez Strony.

4. Przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego odbywa się na wniosek Zleceniodawcy zgodnie z Regulaminem Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego.

#### § 2

ZLECENIODAWCA oświadcza, że zapoznał się z regulaminem korzystania z usług medycznych świadczonych przez ZLECENIOBIORCĘ (do wglądu w ZOL oraz na [www.pczuz.pl](http://www.pczuz.pl)) i go akceptuje, co potwierdza swoim podpisem pod niniejszą umową.

#### § 3

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

#### § 4

1. ZLECENIODAWCA zobowiązuje się uiszczać ZLECENIOBIORCY miesięczną opłatę za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w wysokości ..... zł. (słownie:.....), określonej w cenniku Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A.
2. Zleceniobiorca zobowiązany jest zawiadomić Zleceniodawcę o każdej zmianie opłaty za pobyt, z co najmniej jednomiesięcznym wyprzedzeniem. Brak akceptacji przez Zleceniodawcę nowej ceny za pobyt skutkuje rozwiązaniem niniejszej umowy.
3. Opłata o której mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu obejmuje: koszt pobytu w oddziale ZOL, opieki pielęgniarskiej, konsultacji lekarzy w tym w razie potrzeby lekarzy specjalistów, badań diagnostycznych zleconych przez lekarza, rehabilitacji, terapii zajęciowej, w razie potrzeby terapii logopedycznej, psychologicznej, wyżywienia z uwzględnieniem zaleceń dietetycznych, korzystanie z urządzeń do samoobsługi i zapewnienia codziennej higieny, koszt leków, koszt zakupu pieluchomajtek, koszt środków higienicznych, leczenia odleżyn.

#### § 5

Zleceniobiorca deklaruje gotowość przyjęcia pacjenta na pobyt odpłatny, komercyjny od dnia:

.....

#### § 6

Zleceniodawca zobowiązuje dowieźć pacjenta do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Zleceniobiorcy na własny koszt, w uzgodnionym terminie. Po zakończeniu trwania niniejszej umowy Zleceniodawca zobowiązany jest do odebrania pacjenta z Zakładu.

#### § 7

1. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji, pacjent zostanie skierowany do szpitala. W takim przypadku za okres pobytu pacjenta w Szpitalu Zleceniobiorca pobiera opłatę obniżoną w wysokości 70% obowiązującej według cennika stawki za osobodzień, przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni kalendarzowych. Jeżeli pobyt pacjenta w

Szpitalu przekracza okres wskazany w zdaniu poprzednim, Zleceniobiorca może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym, chyba, że Zleceniodawca zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze za ten okres.

2. Za okres przepustki pacjenta z zakładu Zleceniobiorca pobiera opłatę z tytułu zajętego łóżka w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień – jednak nie dłuższej niż 2 dni kalendarzowe w miesiącu, chyba, że Zleceniodawca zadeklaruje ponoszenie pełnej opłaty za świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze za dłuższy okres trwania przepustki. Zleceniobiorca nie ponosi kosztów związanych z transportem pacjenta na przepustkę i z przepustki.

#### § 8

Zleceniobiorca oświadcza, że:

1. Umożliwi 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 pacjenta w obrębie Zakładu, uwzględniając potrzeby wszystkich podopiecznych.

#### § 9

1. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku stwierdzenia agresywnych zachowań ze strony pacjenta wobec personelu, pacjentów i innych osób przebywających w Zakładzie, wyrządzenia przez pacjenta szkód w mieniu Zleceniobiorcy lub osobie trzeciej w wyniku zachowania przekraczającego obowiązujące normy społeczne.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 pacjent zostaje wypisany z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Zleceniobiorcy, a Zleceniodawca jest zobowiązany odebrać pacjenta z Zakładu w terminie 2 dni od daty powiadomienia o wypisaniu, zabierając wszystkie rzeczy osobiste pacjenta. W przypadku nie zastosowania się do powyższego obowiązku opuszczenia Zakładu przez pacjenta, Zleceniobiorca nalicza Zleceniodawcy opłatę dodatkową w wysokości 100% stawki podstawowej za osobodzień. Z chwilą opuszczenia Zakładu przez pacjenta zwraca się Zleceniodawcy odzież oraz rzeczy pacjenta zdeponowane w depozycie, za pokwitowaniem.

#### § 10

1. Strony ustalają, że zapłata pierwszej opłaty za pobyt pacjenta w Zakładzie Opiekuńczo – Lecznicznym nastąpi przed przystąpieniem do wykonania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem niniejszej umowy, w Kasie Polkowickiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. lub na konto bankowe – Bank Spółdzielczy we Wschowie nr 89 8669 0001 0141 6844 2000 0015.
2. Po dokonaniu wpłaty wystawiona zostanie faktura VAT zawierającą dane (imię, nazwisko, adres opiekuna prawnego). Dowód opłaty za pobyt ZLECENIODAWCA obowiązany jest przekazać ZLECENIOBIORCY przy przyjęciu pacjenta do Zakładu.

3. Za kolejny okres pobytu pacjenta Zleceniodawca zobowiązuje się uiszczać opłatę za pobyt z góry za okres miesięczny w terminie płatności nie później niż na trzy dni robocze przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
4. Opłatę dodatkową, o której mowa w § 9 ust.2 umowy Zleceniodawca zobowiązuje się uiścić ZLECENIOBIORCY w terminie 7 dni od daty wystawienia faktury.
5. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt pacjenta lub/i 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.

#### § 11

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

#### § 12

1. Umowa zawarta jest na czas określony od dnia ..... do dnia ..... Okres pobytu może ulec przedłużeniu na podstawie aneksu do umowy.
2. W przypadku wygaśnięcia umowy z upływem okresu na który została zawarta, Zleceniodawca zobowiązany jest odebrać pacjenta z Zakładu.

#### § 13

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

1. Nie dokonania przez Zleceniodawcę opłaty za pobyt pacjenta przed przyjęciem do Zakładu;
2. Zgonu pacjenta;
3. Naruszenia przez Zleceniodawcę zapisów § 4;
4. Wystąpienia u pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej do jego pobytu w Zakładzie np. choroby zakaźne, choroby psychiczne lub inne stwierdzone przez lekarza.

#### § 14

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

3. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy powinno zostać złożone na koniec miesiąca kalendarzowego

§ 15

ZLECENIODAWCA oświadcza, że świadomie decyduje się na korzystanie z odpłatnego świadczenia zdrowotnego pacjenta, poza obowiązującym systemem ubezpieczeń zdrowotnych, w związku z czym nie będzie dochodził żadnych roszczeń finansowych dotyczących zwrotu kosztów poniesionych w wyniku realizacji niniejszej umowy, ani wobec płatnika publicznego tj. NFZ, ani wobec ZLECENIOBIORCY.

§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

§ 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 pacjenta.

§ 18

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla Zleceniodawcy i jeden dla Zleceniobiorcy.

ZLECENIOBIORCA

ZLECENIODAWCA

(data i czytelny podpis)

.....  
Potwierdzenie Kierownika ZOL o możliwości przyjęcia w terminie określonym w §5

- Niepotrzebne skreślić

