

UMOWA

zawarta w dniu r w Bydgoszczy pomiędzy:.....
, PESEL:zam.przy ul..... nr dow. Osobistego

zwanym w dalszej treści tej umowy “Zleceniodawcą”,

a

PARTNER MEDYCZNY SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Bydgoszczy (85 - 092) przy ul. Karłowicza 3 - 5, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000294710, kapitał zakładowy: 1 670.000 PLN (słownie: jeden milion sześćset siedemdziesiąt tysięcy złotych) REGON:340391879, reprezentowaną przez:
Mariusza Trąbczyńskiego – Prezesa Zarządu

zwanym w dalszej treści tej umowy “Zleceniobiorcą”,

Strony ustalają, że pod pojęciem „**Pacjent**” rozumie się **Zleceniodawcę lub inną osobę wymienioną w załączniku nr 2**

§1

PRZEDMIOT UMOWY

1.Zleceniodawca daje, a Zleceniobiorca przyjmuje na siebie obowiązek zapewnienia wykonania zaleconych przez lekarzy NZOZ” ELMED- Bydgoszcz” sp. z o.o. z siedzibą w Bydgoszczy świadczeń medycznych w zakresie określonym w załączniku nr 1 na rzecz osób określonych w załączniku Nr 2.

2.Zleceniobiorca zapewnia, iż usługi medyczne zostaną wykonane przy pomocy odpowiedniego sprzętu oraz przez wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz zasadami etyki zawodowej.

§2

MIEJSCE I CZAS WYKONYWANIA UMOWY

1.Strony postanawiają, że czynności będące przedmiotem niniejszej umowy będą wykonywane w NZOZ ELMED BYDGOSZCZ Sp. Z o.o. ul. Karłowicza 3-5 Bydgoszcz. W zależności od rodzaju, zakresu usługi medycznej i decyzji personelu Zleceniobiorcy możliwe jest wykonanie niniejszej umowy w NZOZ ELMED Białe Błota ul.Barycka 38 lub w NZOZ ELMED Osielsko ul. Szosa Gdańska 31,

2. Zleceniobiorca zapewnia Zleceniodawcy dostęp do:

- lekarza rodzinnego, internisty, pediatry w ciągu 24 godzin
- lekarza specjalisty w okresie nie dłuższym niż 14 dni roboczych od zgłoszenia.

§3

IDENTYFIKACJA PACJENTA

1. Identyfikacja Zleceniodawcy następować będzie na podstawie karty wydanej pacjentowi przez Zleceniobiorcę bądź okazanego przez Zleceniodawcę dokumentu tożsamości.

2. Zleceniobiorca zobowiązuje się do przechowywania danych osobowych przekazanych mu przez Zleceniodawcę zgodnie z Ustawą z dnia 29.sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych oraz z przepisami wykonawczymi do tej ustawy.

3. Zleceniodawca wyraża zgodę na przetwarzanie, przechowywanie danych osobowych zawartych w umowie oraz innych dokumentach medycznych, w tym w załączniku nr 3, oraz możliwości przesyłania informacji o nowych produktach, dla potrzeb marketingowych produktów i usług medycznych Zleceniobiorcy oraz NZOZ ELMED Bydgoszczy sp. z o.o. zgodnie z treścią Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133 poz. 883.

§4

REJESTRACJA PACJENTÓW

1. Zleceniodawca zostanie przyjęty do poszczególnych poradni po uprzednim zarejestrowaniu się.

2. Zleceniodawca może dokonać rejestracji osobiście w NZOZ ELMED BYDGOSZCZ SP. Z O.O. ul. Karłowicza 3-5, 85-092 Bydgoszcz, lub telefonicznie pod nr 52 346-11-99 lub w placówce w Osielsku ul. Szosa Gdańska 31, 86-031 Osielsko tel. 52 320-30-45 NZOZ ELMED Białe Błota ul. Barycka 38, 86-005 Białe Błota tel. 52 381-40-10 . Podczas rejestracji w placówce zobowiązany jest przedstawić swoją kartę identyfikacyjną bądź wskazać numer identyfikacyjny zamieszczony na karcie oraz dowód tożsamości. W przypadku rejestracji telefonicznej jest zobowiązany podać swoje dane osobowe i wskazać numer identyfikacyjny zamieszczony na karcie oraz poinformować personel, iż jest pacjentem PARTNERA MEDYCZNEGO.

§5
WYNAGRODZENIE

1. Z tytułu świadczonych usług opisanych w §1 Zleceniobiorcy przysługiwać będzie wynagrodzenie w formie ryczałtowej opłaty miesięcznej w wysokości określonej w załączniku nr 1 pomnożonej przez 12 miesięcy.
2. Zapłata wynagrodzenia będzie następować na podstawie faktury, w comiesięcznych równych ratach, w terminach wskazanych w fakturze wystawionej przez Zleceniobiorcę.
3. Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do wystawienia faktury VAT bez swojego podpisu.

§6
CZAS TRWANIA I WYPOWIEDZENIE UMOWY

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony 12 miesięcy, przy czym umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na następny okres 12 miesięcy, chyba że w terminie jednego miesiąca przed zakończeniem okresu pacjent złoży Zleceniobiorcy pisemne oświadczenie o nie przedłużaniu umowy na kolejny okres i rozwiązaniu umowy.
2. Oświadczenie woli musi zostać złożone drugiej stronie w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do rozwiązania niniejszej umowy w przypadku, gdy Zleceniodawca nie uiszcza opłaty za dwa kolejne okresy rozliczeniowe.

§7
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieokreślonych w umowie, a z niej wynikających, mają zastosowanie odpowiednie postanowienia Kodeksu Cywilnego oraz przepisów szczególnych, a w tym: ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 ze zm.), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2002 r. Nr 21 poz. 204 - tekst jedn. ze zm.), rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne (Dz.U. Nr 283 poz. 2825).
2. Właściwym do rozstrzygania sporów wynikających z realizacji niniejszej umowy będzie przez właściwy sąd powszechny w Bydgoszczy.
3. Wszelkie zmiany i uzupełnienia do niniejszej umowy wymagać będą formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

załączniki:

1/ załącznik nr 1- zakres usług medycznych

2/ załącznik nr 2-osoby uprawnione do korzystania ze świadczeń medycznych objętych umową

3/ załącznik nr 3-dane osobowe Zleceniodawcy

ZLECENIODAWCA

ZLECENIOBIORCA