Umowa na planowaną hospitalizację dziecka

Zawarta w dniu …….. roku, w Lublinie pomiędzy:

Panią / Panem …….

PESEL …….

Adres zamieszkania:

Miasto:…… kod……., ulica ……. nr domu …….nr lokalu ……

legitymującą / legitymującym się …….

zwanym/ ą dalej **Przedstawicielem Ustawowym**
a
CRH Żagiel Med Sp. z o. o. Sp. j. z siedzibą w Lublinie, przy ul. Tetmajera 21, kod pocztowy 20-362, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin – Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku, VI Wydział Gospodarczy – Krajowy Rejestr Sądowy do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000337518, NIP: 712-318-32-37, REGON: 060525977 reprezentowaną
przez:_____ , zwaną w dalszej części Umowy Szpitalem
została zawarta umowa następującej treści:

§ 1

Przedmiotem Umowy jest przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w Szpitalu ŻAGIEL MED, ul. Tetmajera 21 w Lublinie, którego celem jest zabiegowe leczenie jednostki chorobowej (do usunięcia) dziecka Zleceniodawcy.

§ 2

1. Szpital zobowiązuje się, na podstawie skierowania przez uprawnionego lekarza ŻAGIEL MED., do wykonania zabiegu operacyjnego w Szpitalu ŻAGIEL MED dziecka Przedstawiciela Ustawowego, a Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się do stawienia się w Szpitalu wraz z dzieckiem w wyznaczonym terminie, tj. ……. .
2. Przedstawiciel Ustawowy dziecka przedstawia podczas podpisywania umowy dokument stwierdzający umocowanie do reprezentacji dziecka (dane dziecka)
   …….

   Numer PESEL (jeśli dziecko posiada) …….

   Imię i Nazwisko Przedstawiciela Ustawowego:…….
   Kserokopia przedstawionego dokumentu stanowi załącznik do niniejszej Umowy.

§ 3

1. Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się do zapłaty należności za przedmiot umowy, zgodnie z obowiązującym cennikiem.
2. Ustala się wpłatę zaliczki za przedmiot Umowy w wysokości 100% ceny zabiegu, o którym mowa w §1.

3. Przedstawiciel Ustawowy wybiera jedną z form płatności według której będą dokonywane wszystkie rozliczenia ze Szpitalem:
   a. gotówka
   b. karta kredytowa
   c. przelew
4. W przypadku płatności przelewem Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się wpłacić wartość Zaliczki na konto bankowe **Alior Bank 41 2490 0005 0000 4530 8412 4243**, w przypadku płatności kartą kredytową lub gotówką, w kasie Szpitala.
5. Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się wpłacić wartość Zaliczki najpóźniej 3 dni przed terminem rozpoczęcia hospitalizacji lub rozpoczęciem realizacji zabiegu.
6. W przypadku braku wpłaty w wyznaczonym terminie Szpital może odstąpić od Umowy, w terminie 7 dni licząc od dnia upływu terminu zapłaty. W takim przypadku Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się do pokrycia poniesionych kosztów związanych z przygotowaniem się(do usunięcia) do wykonania przedmiotu niniejszej Umowy. Koszty te zostaną podane Przedstawicielowi Ustawowemu na piśmie. W przypadku rezygnacji z zabiegu przez Przedstawiciela Ustawowego Szpital może dokonać rozliczenia Kosztów poprzez ich potrącenie z kwoty Zaliczki. Zwrot reszty Zaliczki nastąpi w terminie 14 dni.
7. Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się do pokrycia kosztów dodatkowych w ramach hospitalizacji będących konsekwencją niezbędnego postępowania diagnostyczno - terapeutycznego nieobjętych ceną zabiegu, o którym mowa w ust. § 1.
8. Jeśli uzyskanie zgody Przedstawiciela Ustawowego na wykonanie usług dodatkowych nie objętych ceną zabiegu jest niemożliwe, Szpital zastrzega sobie prawo do wykonania wszystkich niezbędnych procedur i użycia środków potrzebnych dla ratowania zdrowia i życia Pacjenta. Przedstawiciel Ustawowy zobowiązuje się do pokrycia dodatkowym kosztów, przy czym maksymalnie Pacjent zostanie obciążony dodatkowymi kosztami usług dostarczonych z obiektywnych przyczyn medycznych do 50% zrealizowanych usług. Rozliczenie nastąpi w formie przyznanego rabatu na poszczególne usługi.
9. Zapłata należności za usługi, o których mowa w ust. 2 powinna nastąpić podczas wypisu Pacjenta ze Szpitala po otrzymaniu przez Przedstawiciela Ustawowego faktury rozliczającej wszystkie usługi świadczone w ramach hospitalizacji w Szpitalu ŻAGIEL MED.

§ 4

W przypadku wystąpienia okoliczności uniemożliwiających Szpitalowi udzielanie świadczeń (zmiana stanu zdrowia Pacjenta), kierując się wyłącznie dobrem dziecka, Szpital zastrzega sobie prawo do przekazania dziecka innym placówkom służby zdrowia. Szpital rozliczy dostarczone usługi wynikające z Załącznika do Umowy i pobierze za nie stosowne wynagrodzenie w ciężar Zaliczki, a różnicę zwróci w sposób ustalony z Przedstawicielem Ustawowym, w terminie 14 dni.

§ 5

1. W przypadku, kiedy wywiązanie się ze zobowiązań wynikających z niniejszej umowy przez Szpital nie jest możliwe, z przyczyn niezależnych od Szpitala lub z powodu siły wyższej Przedstawiciel Ustawowy powinien zostać o tym powiadomiony z wyprzedzeniem bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 strony Umowy powinny uzgodnić nowy termin rozpoczęcia świadczenia usług medycznych i niemedycznych.
3. W przypadku niewykonania przedmiotu umowy z winy Szpitala, Szpital zobowiązuje się do niezwłocznego zwrotu Zaliczki.
4. W przypadku nieskorzystania przez dziecko Przedstawiciela Ustawowego z usługi będącej przedmiotem Umowy, dokonana wpłata zaliczki zostanie stosownie rozliczona w stosunku do poniesionych kosztów. W takim przypadku Przedstawiciel Ustawowy powinien niezwłocznie powiadomić pisemnie Szpital.

§ 6

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą Umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy Strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia poddadzą spór pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego.
3. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

……	……
Szpital	Czytelny podpis Przedstawiciela Ustawowego

ZGODA NA PRZETWARAZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Imię i nazwisko Pacjenta: ……

Miasto…… kod……., ulica …… nr domu …….. nr lokalu …….

Data urodzenia:……

Mail: …….. Tel. komórkowy……

Zawód wykonywany: ……

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych teraz i w przyszłości przez CRH Żagiel Sp. w o.o. z siedzibą w Lublinie, ul. Roztocze 4, zgodnie z art.23. ust.1. pkt 1. Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U.2014r. poz. 1182).

☐ Oświadczam, iż zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2002r. o świadczeniu usług elektronicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) wyrażam zgodę na otrzymywanie niezamówionych informacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności udostępnionego adresu e-mail oraz numeru telefonu komórkowego, od spółki CRH ŻAGIEL MED. Sp. z o.o. Sp. Jawna z siedzibą w Lublinie, ul. Tetmajera 21 a oraz od CRH Żagiel Sp. z o.o. z siedzibą w Lublinie, ulica Roztocze 4.

☐ Oświadczam, że zostałam / em poinformowany, iż:

- administratorem danych osobowych jest spółka CRH ŻAGIEL MED. Sp. z o.o. Sp. Jawna z siedzibą w Lublinie, ul. Tetmajera 21 a oraz CRH Żagiel Sp. z o.o. w Lublinie ulica Roztocze 4. Administrator danych przetwarza dane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U.2014r. poz. 1182).
- podanie danych jest dobrowolne i przysługuje mi prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

…… ……

Data Czytelny podpis Pacjenta