



UMOWY nr.....

Umowa zawarta w Poznaniu w dniu

pomiędzy:

Szpital Miejski im. Franciszka Raszei
ul. Mickiewicza 2,60-834 Poznań

NIP: 781-16-19-837, REGON: 000 31 33 25

zwanym w dalszej treści umowy Szpitalem

a

....., zamieszkałym w

(imię i nazwisko)

(adres)

numer PESEL....., zwanym w dalszej części umowy „Pacjentem”

§ 1

1. Pacjent oświadcza, że wnioskuję i zleca Szpitalowi wykonanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych w postaci leczenia za pomocą osobistej pompy insulinowej, zwanych dalej „świadczeniami”, a Szpital zobowiązuje się te świadczenia na rzecz Pacjenta wykonać.
2. Pacjent oświadcza, że został poinformowany o rodzaju i metodzie udzielanych świadczeń, alternatywnych metodach, skutkach ubocznych i możliwych komplikacjach, a personel medyczny placówki udzielił mu odpowiedzi na wszystkie pytania, oraz że wyraża zgodę na udzielane świadczenia.
3. Podczas kwalifikacji do leczenia za pomocą osobistej pompy insulinowej wymagane jest skierowanie od diabetologa- wzór skierowania dostępny jest na stronie internetowej Szpitala www.raszeja.poznan.pl

§ 2

Świadczenia udzielone zostaną w siedzibie Szpitala w terminie:

§ 3

1. Za udzielane świadczenia Pacjent zapłaci Szpitalowi wynagrodzenie w wysokości zł (słownie.....).
2. Wynagrodzenie obejmuje uzgodnione świadczenia zdrowotne:
 - a. przekazanie na własność osobistej pompy insulinowej typuSN:....., oraz nadajnika Minilink:..... SN:
 - b. wizyty w Poradni Diabetologicznej: kwalifikacyjna, szkoleniowa, edukacyjna oraz kontrolna.
W sytuacji gdy po zawarciu tej umowy, zaistnieje konieczność udzielenia dodatkowych świadczeń zdrowotnych i pacjent wyrazi na ich udzielenie zgodę, zobowiązany będzie do wniesienia dodatkowego wynagrodzenia za te świadczenia, zgodnie z Cennikiem obowiązującym w Szpitalu.
3. Wynagrodzenie płatne będzie w dwóch równych częściach, w następujący sposób:
 - a. kwota:zł przed przekazaniem (wydaniem) osobistej pompy insulinowej,
 - b. kwota:zł w dniu podłączenia pompy insulinowej i rozpoczęcia leczenia.
4. Zapłata wynagrodzenia nastąpi przelewem na rachunek bankowy Szpitala PKO BP I O/ POZNAŃ 20 1020 4027 0000 1902 0049 2777 z dopiskiem „POMPA INSULINOWA” lub gotówką w kasie.

§ 4

Pacjent oświadcza, że został poinformowany o zasadach udzielania świadczeń, finansowych ze środków publicznych oraz odpłatnych (komercyjnych) świadczeń przez Szpital i że jest świadomy tego, że będą one udzielane za opłatą, którą Pacjent zobowiązuje się ponieść, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oraz że wyraża na to dobrowolnie zgodę. Ponadto pacjent oświadcza, że jest świadomy tego, że w związku ze zleceniem przez niego realizacji świadczeń, określonych w tej umowie, nie korzysta z nich jako osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu.

§ 5

1. W sprawach nieuregulowanych umową stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.
2. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Pacjent

Szpital