

## UMOWA O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH

zawarta w dniu         w   
dzień miesiąc rok miejscowość  
 pomiędzy:

Centrum Rehabilitacji Kompleksowej sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, ul. Williama Heerleina Lindleya 16, 02-013 Warszawa, REGON: 38321454300000, NIP: 5862344361, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, pod numerem KRS: 0000782375, o kapitale zakładowym w wysokości 200 000 złotych reprezentowaną, przez Pana/ią:

imię nazwisko

Działającego/ą na podstawie pełnomocnictwa udzielonego przez Zarząd Spółki zgodnie z zasadami reprezentacji, co potwierdza okazane przy zawieraniu niniejszej umowy aktualne pełnomocnictwo zwaną dalej SMC:

**a Panią/em:**    
imię nazwisko  
                 
telefon telefon

zamieszkałą/ym:   
ulica i numer  
  -       
kod pocztowy miejscowość

legitymującą/ym:                   
PESEL numer i seria dowodu

adres korespondencyjny:   
ulica i numer  
  -      
kod pocztowy miejscowość

**a Panią/em:**    
imię nazwisko  
                
telefon telefon

zamieszkałą/ym:   
ulica i numer  
  -      
kod pocztowy miejscowość

legitymującą/ym:                   
PESEL numer i seria dowodu

adres korespondencyjny:   
ulica i numer  
  -      
kod pocztowy miejscowość



## § 1.

1. SMC oświadcza, że świadczenie usług zdrowotnych w ramach Umowy, w tym także badań diagnostycznych i specjalistycznych konsultacji lekarskich będzie realizowane na rzecz Pacjenta przez SMC oraz Partnerów Medycznych współpracujących z SMC.
2. Lista placówek SMC oraz Partnerów Medycznych dostępna jest na stronie [www.seniormulticare.pl](http://www.seniormulticare.pl) oraz pod numerem telefonu 22 255 97 90.
3. SMC zastrzega sobie prawo do zmiany wykazu placówek własnych oraz Partnerów Medycznych w trakcie obowiązywania umowy z poniżej przedstawionych powodów:
  - a) rozwiązanie umowy z Partnerem Medycznym,
  - b) czasowe wstrzymanie działalności przez placówkę Partnera Medycznego,
  - c) wykreślenie Partnera Medycznego z właściwego rejestru, w całości lub w części,
  - d) ogłoszenie o likwidacji, przekształcenia lub upadłości Partnera Medycznego.
4. Strony uzgadniają, że zmiana w wykazie placówek SMC oraz Partnerów Medycznych nie stanowi zmiany Umowy.
5. SMC oświadcza, że zarówno SMC jak i każdy jej Partner Medyczny są podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Świadczenie usług zdrowotnych na rzecz Pacjenta realizowane będzie w zakresie określonym w wybranym pakiecie medycznym, określonym w §2 ust. 1, który stanowi Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy.
7. W przypadku braku możliwości realizacji usługi zdrowotnej w ramach wybranego pakietu medycznego określonego w §2 ust. 1, stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszej Umowy przez SMC oraz Partnerów Medycznych, SMC zwróci Pacjentowi środki wydane na realizację tej usługi zdrowotnej w innej placówce medycznej na zasadach określonych w Załączniku nr 2 do Umowy.
8. Pacjent może jednorazowo dokonać przeniesienia praw i obowiązków wynikających z niniejszej Umowy na osobę trzecią.

## § 2.

1. Wysokość wynagrodzenia z tytułu Świadczeń zdrowotnych, określonych w pakiecie medycznym o nazwie:  i utrzymania w stanie gotowości do ich realizacji wynosi:
  - a)  cena standardowa;
  - b)  oferta promocyjna.
2. Opieka medyczna w ramach niniejszej Umowy zostanie uruchomiona po dokonaniu przez Świadczeniobiorcę wpłaty w wysokości określonej w §2 ust. 1.
3. Wpłata w wysokości określonej w §2 ust. 1 może zostać dokonana w gotówce lub przelewem na wskazany przez Świadczeniodawcę numer rachunku bankowego.
4. Wpłata w wysokości określonej w §2 ust. 1 powinna zostać dokonana w trakcie zawierania Umowy lub niezwłocznie w dniu po jej zawarciu.

## § 3.

1. Umowa zostaje zawarta na okres: .
2. W przypadku wypowiedzenia przez Pacjenta Umowy bez ważnej przyczyny przed upływem okresu wskazanego w Umowie SMC przysługuje względem Pacjenta roszczenia o zapłatę kary umownej należnej w terminie 14 (czternastu) dni od dnia rozwiązania Umowy oraz zwrot poczynionych do dnia wypowiedzenia Umowy wydatków oraz części wynagrodzenia jaka odpowiada wykonanym przez SMC czynnościom składającym się na świadczenie. Wysokość kary umownej, o której mowa w §3 ust. 2 wynosi odpowiednio: 1000 zł w przypadku wypowiedzenia umowy w I roku oraz 750 zł w przypadku wypowiedzenia umowy w II roku i w III roku.

## § 4.

1. Strony ustalają, że w celu realizacji usług zdrowotnych, określonych w Załączniku nr 1 do Umowy, Pacjent skontaktuje się z Infolinią pod numerem telefonu **22 255 97 90**, aby uzgodnić termin oraz zakres świadczenia.
2. Pacjent zobowiązuje się do poinformowania za pośrednictwem Infolinii o rezygnacji z umówionej wcześniej usługi zdrowotnej nie później niż 24 godziny przed jej terminem.

3. Pacjent przed realizacją usługi zdrowotnej zobowiązuje się okazać w placówce SMC lub Partnera Medycznego dokument tożsamości ze zdjęciem.
4. W przypadku braku możliwości jednoznacznej identyfikacji tożsamości Pacjenta, placówka SMC lub Partnera Medycznego może odmówić realizacji usługi zdrowotnej.
5. Pacjent zobowiązuje się przestrzegania regulaminu placówki SMC lub Partnera Medycznego, na terenie której będzie się znajdować w związku z realizacją usług zdrowotnych oraz stosowania się do poleceń i wskazówek otrzymanych od personelu placówki SMC lub Partnera Medycznego.

#### § 5.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. SMC informuje, iż:

1. Administratorem danych osobowych jest SMC.
2. Administrator danych powołał Inspektora Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych dbającym o ochronę powierzonych przez Pacjenta danych jest zapewniony pod adresem e-mail: [iod@seniormulticare.pl](mailto:iod@seniormulticare.pl) lub poprzez pocztę tradycyjną na adres administratora danych osobowych z dopiskiem „Inspektor Ochrony Danych” na adres siedziby SMC.
3. Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, w tym w celu leczenia przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem usług zdrowotnych, diagnostyki medycznej, zarządzania udzielaniem usług zdrowotnych, udzielaniem odpowiedzi na reklamacje i wnioski.
4. Dane osobowe Pacjenta będą przetwarzane na podstawie i zgodnie z:
  - a) ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
  - b) ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
  - c) przepisami ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
5. Odbiorcą danych osobowych Pacjenta będą:
  - a) osoby/instytucje upoważnione na podstawie przepisów prawa,
  - b) osoby upoważnione na wniosek Pacjenta,
  - c) Partnerzy Medyczni, którym SMC powierza realizację wybranych świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy.
6. Dane Pacjenta nie będą przekazywane innym podmiotom niż w/w oraz do państwa trzeciego/organizacji międzynarodowych.
7. Dane osobowe Pacjenta będą przechowywane przez okres 20 lat (do końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu w dokumentacji medycznej).
8. W okresie przetwarzania danych przez administratora danych osobowych Pacjent posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody, jeśli przetwarzanie odbywa się na podstawie udzielonej zgody.
9. Przekazane przez Pacjenta dane nie będą podlegały zautomatyzowanemu przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
10. Pacjent ma prawo wniesienia skargi do GIODO gdy uzna, iż przetwarzanie jego danych osobowych dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
11. Zebrane dane osobowe zostały przez Pacjenta udostępnione dobrowolnie, jednak ich podanie jest niezbędne w celu zawarcia niniejszej umowy oraz realizacji celu/celów określonych w pkt. 3.

#### § 6.

1. Pacjent ma prawo złożenia reklamacji w szczególności, co do działalności infolinii medycznej oraz placówek SMC oraz placówek Partnerów Medycznych co obejmuje także organizację ich pracy oraz jakość i sposób świadczenia usług zdrowotnych.
2. SMC jest zobowiązana odpowiedzieć na reklamację jak najszybciej, nie dłużej jednak niż w terminie 14 dni roboczych od daty jej otrzymania, chyba że w reklamacji lub skardze brak jest danych niezbędnych do jej rozpatrzenia.
3. Jeżeli okaże się, że w reklamacji lub skardze brak jest danych niezbędnych do jej rozpatrzenia, SMC dołoży wszelkich starań, by zdobyć te informacje.
4. Pacjent ma możliwość złożenia reklamacji listownie na adres Biura Obsługi Pacjenta SMC w Warszawie ul. Williama Heerleina Lindleya 16 za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres [biuro@seniormulticare.pl](mailto:biuro@seniormulticare.pl).

#### § 7.

1. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
3. Integralną częścią Umowy stanowi załącznik nr 1 - Zakres pakietu medycznego
4. Pacjent oświadcza, że miał możliwość zapoznać się z treścią oraz otrzymał Załącznik nr 1 Załącznik nr 2 (regulamin zwrotu środków) oraz Załącznik nr 3 do umowy (regulamin wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego)

W dniu podpisania umowy otrzymałam/em oraz miała możliwość wcześniejszego zapoznania się z treścią Załącznika nr 1, nr 2, nr 3.

 TAK NIE

W dniu podpisania umowy otrzymałam/em kartę Pacjenta.

 TAK NIE

Niniejsza umowa została zawarta przez **PEŁNOMOCNIKA Spółki**

**PACJENT**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---