

**UMOWA**  
**o udzielanie odpłatnych świadczeń zdrowotnych w Zakładzie/Oddziale**  
**Pielęgnacyjno-Opiekuńczym**

zawarta w dniu ..... r. w Bystrej pomiędzy:

Panią/Panem

PESEL: .....,

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu: .....

zwaną/zwanym w umowie **Pacjentem**

oraz /lub

**opiekunem prawnym/ opiekunem faktycznym\*** (zaznaczyć odpowiednio)

Panią/Panem

PESEL: .....,

Adres zamieszkania: .....

Adres do korespondencji .....

Nr telefonu: .....

zwaną/zwanym w umowie **Zleceniodawcą**

a

**Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej**, ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra KRS 0000114709, NIP: 937-00-10-797, Regon: 000640923, reprezentowanym przez: Dyrektora – Urszulę Kuc

zwanym w dalszej treści umowy „CPIT”

**§1**

1. Zleceniodawca/Pacjent\*\* zleca CPIT udzielanie odpłatnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych w Zakładzie/Oddziale, mieszczącym się w Bystrej przy ul. Fałata 2 - Pani/Panu ....., PESEL ..... zwanej/zwanemu dalej Pacjentem i zobowiązuje się do zapłaty określonych przez CPIT opłat za udzielane świadczenia oraz świadczenia i usługi dodatkowe, jeśli będą występować. Świadczenia będą realizowane:
  - a) w warunkach dziennych w godzinach od ..... (max. godz. 7-18) w dniu/dniach ..... \*
  - b) w warunkach całodobowych – pobyt krótkoterminowy (tzn. dobowy, wytchnieniowy, wakacyjny itp). w dniu/dniach ..... \*.  
(\*niewłaściwe skreślić)
2. CPIT oświadcza, że posiada wykwalifikowany personel medyczny, pomieszczenia i sprzęt niezbędny do wykonywania świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy.

## §2

1. Wysokość opłat za świadczenia podstawowe określa Cennik. Aktualny Cennik stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
2. Opłata za świadczenia podstawowe obejmuje:
  - a) opiekę medyczną w wymiarze odpowiednio całodobowym lub w podanych godzinach (w zależności od wybranego wariantu),
  - b) wyżywienie zgodnie z zaleconą dietą – konsultacje dietetyczne,
  - c) rehabilitacja wg potrzeb i schorzeń,
  - d) konsultacje/wsparcie psychologiczne,
  - e) zajęcia edukacyjne, ruchowe itp., dostosowane do stanu zdrowia pacjenta,
  - f) pomoc w sprawach socjalno-bytowych,
  - g) dostęp do opieki duszpasterskiej, kaplicy,
  - h) kontakt z otoczeniem.
3. Opłata za świadczenia podstawowe nie obejmuje:
  - a. kosztu leków,
  - b. środków osobistych,
  - c. badań diagnostycznych - za wyjątkiem badań zlecanych przez lekarza POZ.

## §3

1. Przyjęcie do Zakładu/Oddziału Pielęgnacyjno-Opiekuńczego odbywa się na pisemny wniosek Zleceniodawcy/ Pacjenta\*\*, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
2. Pobyt pacjenta odbywa się w dniu/dniach i w godzinach wskazanych w §1 ust. 1 niniejszej umowy.
3. Pacjent zobowiązany jest zgłosić się o wskazanej godzinie i opuścić Zakład/Oddział po zakończeniu pobytu.
4. W okresie pobytu w Zakładzie/Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Zleceniodawca/Pacjent zobowiązuje się do zapewnienia leków, które są wymagane do stosowania u Pacjenta, do zapewnienia bielizny, odzieży i środków higieny osobistej Pacjenta, przy czym bielizna i odzież powinna być oznakowana w sposób umożliwiający identyfikację, a w przypadku pobytu dziennego do zapewnienia obuwia zamiennego, odzieży swobodnej ruchowo na potrzeby zajęć rehabilitacyjnych.
5. Zleceniodawca/Pacjent\*\*powinien przedłożyć ostatnią posiadaną dokumentację medyczną przed przyjęciem. Zleceniodawca/Pacjent\*\* zobowiązuje się przede wszystkim do przekazania informacji o posiadanych schorzeniach, chorobach przewlekłych oraz alergiach pokarmowych lub nietolerancji na leki, a w przypadku przyjmowania leków przedłożenia w dniu przyjęcia zaświadczenia od lekarza POZ dotyczącego zażywania leków.

## §4

Jeśli Pacjent podczas pobytu będzie wymagał leczenia szpitalnego, lub nastąpi rezygnacja w trakcie pobytu, CPiT nie zwracam środków za niewykorzystane dni pobytu, za wyjątkiem zgonu oraz kwoty za żywienie, o którym mowa w zał. nr 1. W celu skorzystania z pobytu po zakończeniu leczenia szpitalnego lub ponownego przyjęcia pacjent powinien złożyć ponownie wniosek.

## §5

CPIT oświadcza, iż:

- a) prowadzi indywidualną dokumentację medyczną Pacjenta zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- b) umożliwi Pacjentowi kontakt z rodziną i bliskimi zgodnie z wewnętrznymi przepisami Zakładu/Oddziału,
- c) nie ponosi odpowiedzialności za przedmioty i pieniądze, które nie zostały przekazane kierownikowi do depozytu,
- d) zastrzega sobie prawo zmiany zakwaterowania Pacjenta, w obrębie Zakładu/Oddziału, uwzględniając potrzeby pacjenta,
- e) zobowiązuje się do niezwłocznego zawiadomienia krewnych/opiekuna bądź inną rodzinę w przypadku gwałtownego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, bądź zgonu,
- f) pacjent może posiadać w pokoju prywatne przedmioty, pod warunkiem, iż nie zagrażają one bezpieczeństwu lub wygodzie innych pacjentów,
- g) pacjent zobowiązany jest zabrać wszystkie przedmioty, które wniósł na teren Zakładu/Oddziału każdego dnia (w przypadku pobytu dziennego) i każdorazowo po zakończeniu ciągłego pobytu.

## §6

Umowa zawarta jest na czas określony obejmujący dni, wskazane w §1 niniejszej umowy.

## §7

1. Zleceniodawca /Pacjent\*\* zobowiązany jest do zapłaty na rzecz CPIT wynagrodzenia za podstawowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, w wysokości stanowiącej iloczyn stawki określone w zał. nr 1 oraz ilości deklarowanych dni, o których mowa w §1 ust. 1 niniejszej umowy.
2. Opłaty za pobyt należy wносить na konto bankowe: 53 8131 0005 0013 6943 2000 0240 Bank Spółdzielczy w Węgierskiej Górcie, tytuł przelewu: Pobyt w ZPO za dni ....., Imię i nazwisko pacjenta lub wpłacić w kasie CPIT w dni robocze od pn.-pt. 7:00-14:00.
3. Opłatę należy uiścić z góry najpóźniej jeden dzień przed przyjęciem Pacjenta do Zakładu/Oddziału lub najpóźniej w pierwszym dniu przed przyjęciem.
4. Dowód wpłaty należy okazać przy przyjęciu Pacjenta do Zakładu/Oddziału. Brak okazania dowodu wpłaty jest podstawą do odmowy przyjęcia Pacjenta.

## §8

1. CPIT zastrzega sobie prawo rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym w przypadku:
  - a) agresywnych zachowań Pacjenta wobec personelu, pacjentów lub innych osób,
  - b) umyślnego wyrządzenia przez Pacjenta szkód w mieniu CPIT lub osób trzecich,
  - c) wystąpienia u Pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej, np. choroby zakaźnej, choroby psychicznej, uzależnienia od środków psychotropowych, leków, alkoholu itp.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się odebrać Pacjenta każdego dnia o omówionej godzinie (w przypadku pobytu dziennego) lub o omówionej godzinie po zakończeniu okresu pobytu (w przypadku pobytu całodobowego). W przypadku braku opiekuna Pacjent na obowiązek natychmiast we własnym zakresie opuścić Zakład/Oddział.

## §9.

Zleceniodawca zobowiązuje się do odbioru Pacjenta i wszystkich jego osobistych rzeczy z Zakładu/Oddziału w dniu wypisu, w przeciwnym razie CPIT zorganizuje na koszt

Zleceniodawcy/Pacjenta transport do wskazanego miejsca w umowie, lub pacjent zostanie obciążony pobytem za każdą rozpoczętą dobę pobytu w wysokości 150% stawki dobowej, o której mowa w zał. nr 1 do niniejszej umowy.

#### §10

1. Zleceniodawca/Pacjent\*\* ma prawo do rezygnacji z pobytu po uiszczeniu opłaty za pobyt, a przed jego przyjęciem do Zakładu/Oddziału. CPIT zwróci opłatę na wskazany rachunek bankowy w terminie 7 dni od rezygnacji, pomniejszoną o kwotę za pierwszy zaplanowany dzień/godziny pobytu.
2. Rezygnacja powinna być złożona na piśmie, wówczas umowa ulega rozwiązaniu z dniem złożenia rezygnacji.

#### §11

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

- a) braku opłaty za pobyt przed przyjęciem do Zakładu/Oddziału,
- b) rezygnacji pacjenta/opiekuna, w trakcie pobytu, o którym mowa w §4,
- c) zgonu pacjenta.

#### §12

Zleceniodawca oświadcza, iż świadomie decyduje się na korzystanie z odpłatnego świadczenia zdrowotnego poza systemem świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, w związku z powyższym nie będzie dochodził zwrotu poniesionych kosztów związanych z realizacją niniejszej umowy wobec płatnika publicznego, tj. NFZ ani wobec CPIT.

#### §13

W sprawach nieuregulowanych w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024r., poz. 799 z późn.zm.), ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U z 2024r. poz. 581 z późn. zm.).

#### §14

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 CPIT.

#### §15

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, dwa dla CPIT, jeden dla Zleceniodawcy/Pacjenta.

.....  
( CPIT)

.....  
(Zleceniodawca i /lub Pacjent

\*\*skreślić niepotrzebne

## CENNIK USŁUG

Pobył w Zakładzie/Oddziale Pielęgniacyjno-Opiekuńczym		
Lp.	Nazwa usługi	Cena
1	Cena za pobył dzienny (max. od 7:00-18:00)	200,00 zł
2	Cena za jedną pełną dobę pobyłu	320,00 zł

Koszty wyżywienia (w przypadku pomniejszenia opłaty miesięcznej związanej z pobytem w szpitalu)			
Lp.	Nazwa usługi	Cena	
1	całodobowe wyżywienia	40,30 zł * <i>wysokość stawki jest zmienna i uzależniona od umowy z firmą zewnętrzną zawartą w wyniku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego</i>	