

**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\*** (jeśli dotyczy wypełnić i 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 całodobowych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych w Zakładzie/Oddziale, mieszczącym się w Bystrej przy ul. Fałata 2 - Pani/Panu ....., PESEL ..... zwaney/zwanemu dalej Pacjentem i zobowiązuje się do zapłaty określonych przez CPIT opłat za udzielane świadczenia oraz świadczenia i usługi dodatkowe jeśli będą występować.
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. CPIT zobowiązuje się do zawiadomienia Zleceniodawcy/Pacjenta\*\* na piśmie o zmianie Cennika. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zmianie Cennika Zleceniodawca/ Pacjent\*\* może oświadczyć, iż nie akceptuje zmiany Cennika.

W przypadku złożenia takiego oświadczenia umowa niniejsza ulega rozwiązaniu w terminie dwutygodniowym od złożenia oświadczenia o braku akceptacji Cennika. Jeżeli oświadczenie nie zostanie złożone, Cennik wchodzi w życie w terminie podanym przez CPiT, z zastrzeżeniem, iż powyższy zapis nie dotyczy zmian kosztów wyżywienia.

3. Opłata za świadczenia podstawowe obejmuje:
  - a) całodobową opiekę pielęgnacyjno-opiekuńczą
  - b) wyżywienie zgodnie z zaleconą dietą – konsultacje dietetyczne,
  - c) żywienie dojelitowe – jeśli odżywianie doustne nie jest możliwe,
  - d) rehabilitacja wg potrzeb i schorzeń (co najmniej 3 razy w tygodniu),
  - e) wsparcie psychologiczne,
  - f) zajęcia edukacyjne, ruchowe itp., dostosowane do stanu zdrowia pacjenta,
  - g) usługi fryzjerskie damsko-męskie – strzyżenie i/lub modelowanie i kosmetyczne – manicure-pedicure (max. raz na trzy miesiące),
  - h) środki ortopedyczne,
  - i) środki chłonne w tym pampersy,
  - j) pranie rzeczy osobistych z suszeniem i prasowaniem,
  - k) dostęp do opieki duszpasterskiej, kaplicy,
  - l) kontakt z otoczeniem.
4. Opłata za świadczenia podstawowe nie obejmuje:
  - a. kosztu leków,
  - b. środków osobistych, o których mowa w §3 ust. 4 niniejszej umowy,
  - c. badań diagnostycznych - za wyjątkiem badań zleconych przez lekarza POZ.
  - d. konsultacji /wizyt u specjalistów.

### §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 rozpoczyna się od początku danego miesiąca, z zastrzeżeniem, iż na życzenie Pacjenta/Zleceniodawcy i za zgodą Dyrektora CPiT pobyt może rozpocząć się w trakcie miesiąca, wówczas koszty pobytu wynagrodzenia miesięcznego, o którym mowa w zał. nr 1 do niniejszej umowy, zostaną proporcjonalnie pomniejszone w stosunku do ilości dni w danym miesiącu.
3. W uzgodnionym obustronnie terminie, o którym mowa w ust. 1 Pacjent powinien zgłosić się w Zakładzie/Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Po zakończeniu obowiązywania niniejszej umowy Zleceniodawca/Pacjent zobowiązany jest we własnym zakresie do odbioru/ opuszczenia Zakładu/Oddziału.
4. W okresie pobytu w Zakładzie/Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńczym Zleceniodawca/Pacjent zobowiązuje się do:
  - a) zapewnienia środków higieny osobistej (mydło, szampon, balsam do ciała, maszynki do golenia, itp.),
  - b) zapewnienia bielizny osobistej i odzieży Pacjenta, przy czym bielizna i odzież powinna być oznakowana w sposób umożliwiający identyfikację,
  - c) zapewnienia leków, które są wymagane do stosowania u Pacjenta.
5. Zleceniodawca/Pacjent\*\* ma obowiązek uzupełnić/dostarczyć środki, o których mowa w ust. 4 na każde wezwanie CPiT w terminie do 2 dni.
6. Zleceniodawca/Pacjent\*\* powinien przedłożyć posiadaną ostatnią dokumentację medyczną pacjenta przed przyjęciem lub najpóźniej w pierwszym dniu pobytu. 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.

7. W dniu przyjęcia personel medyczny dokonuje kwalifikacji stanu pacjenta w zakresie czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych, kolejna kwalifikacja odbywa się po trzech miesiącach lub częściej jeśli będzie konieczność.

#### **§4**

Jeśli Pacjent podczas pobytu będzie wymagał leczenia szpitalnego, CPIT zabezpiecza pacjentowi miejsce w Zakładzie/Oddziale na nie dłużej niż na 14 dni (chyba, że strony postanowią inaczej). Za okres pobytu w szpitalu, Zleceniodawca/ Pacjent\*\* ponosi koszty pobytu za wyjątkiem kosztów wyżywienia wg stawki dziennej, zgodnie z załącznikiem nr 1 – cennik. Celem hospitalizacji pacjenta, zarówno na oddziałach szpitalnych w Centrum lub w innych podmiotach leczniczych, CPIT dokonuje wszelkich formalności (tj. ustala termin przyjęć, przekazuje pacjenta do odpowiedniego szpitala), z zastrzeżeniem, iż transport powrotny pacjenta do Zakładu/Oddziału w terminie, o którym mowa powyżej jest po stronie Zleceniodawcy/Pacjenta za wyjątkiem pobytu szpitalnego w Centrum.

#### **§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,

#### **§6**

1. Umowa zawarta jest na czas określony od dnia ..... r. do ..... r.
2. Umowa wygasa z upływem okresu, na który została zawarta.
3. Każdej ze stron przysługuje prawo rozwiązania umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, ze skutkiem na koniec miesiąca, chyba że strony uzgodnią inny termin.
4. Rozwiązanie umowy musi być złożone na piśmie pod rygorem nieważności. Umowa ulega rozwiązaniu w dniu wskazanym w piśmie.

#### **§7**

1. Zleceniodawca /Pacjent\*\* zobowiązany jest do zapłaty na rzecz CPIT miesięcznego wynagrodzenia za podstawowe świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, określonego w zał. nr 1 – cennik lub proporcjonalnie do miesięcznego wynagrodzenia w przypadku, o którym mowa w §3 ust. 2 niniejszej umowy.

2. W przypadku niewykorzystania przez pacjenta pełnego miesiąca, opłata należna jest jak za pełny miesiąc, CPIT nie zwraca środków za niewykorzystane dni w danym miesiącu, za wyjątkiem zgonu oraz kwoty za żywienie, o którym mowa w zał. nr 1.
3. 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 miesiąc/rok Imię i nazwisko pacjenta lub wpłacić w kasie CPIT w dni robocze od pn.-pt. 7:00-14:00.
4. Pierwsza opłata nastąpi najpóźniej w dniu przyjęcia Pacjenta do Zakładu/Oddziału, wówczas dowód wpłaty należy okazać przy przyjęciu Pacjenta do Zakładu/Oddziału.
5. Za kolejne miesiące pobytu Zleceniodawca/Pacjent zobowiązuje się uiszczać opłatę z góry, najpóźniej do 5 dnia danego miesiąca, za który opłata jest należna (w tym za pranie jeśli dotyczy).
6. W przypadku nie uiszczenia opłaty za pobyt Pacjenta w ustalonym terminie CPIT ma prawo naliczyć odsetki ustawowe za opóźnienie za każdy dzień opóźnienia.
7. Po dokonaniu każdej wpłaty, na żądanie Pacjenta lub Zleceniodawcy, zostanie wystawiona faktura VAT.

#### §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) nie uiszczenia opłaty za pobyt Pacjenta w ustalonym terminie, po wezwaniu do zapłaty,
  - d) wystąpienia u Pacjenta przeciwwskazań natury zdrowotnej, np. choroby zakaźnej, choroby psychicznej, uzależnienia od środków psychotropowych, leków, alkoholu itp.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się odebrać Pacjenta w dniu rozwiązania umowy w trybie natychmiastowym, a w przypadku braku opiekuna Pacjent na obowiązek natychmiast we własnym zakresie opuścić Zakład/Oddział.

#### §9

1. CPIT powiadamia Zleceniodawcę/Pacjenta\*\* z 2-dniowym wyprzedzeniem o terminie wypisania Pacjenta.
2. 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 pobylem za każdą rozpoczętą dobę pobytu w wysokości 150% stawki proporcjonalnej do ilości dni w stosunku do wynagrodzenia miesięcznego.

#### §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 w całości na wskazany rachunek bankowy w terminie 7 dni od rezygnacji.
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 do Zakładu/Oddziału - opóźnienie trwające dłużej niż 14 dni

- b) przedłużającej się hospitalizacji szpitalnej w stosunku do terminu, o którym mowa w §4 niniejszej umowy, chyba że strony postanowią inaczej,
- 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 202r., poz. 450 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/ Pacjent\*)

*\*\*skreślić niepotrzebne*

Załączniki:

- 1) cennik usług
- 2) wniosek o przyjęcie

## CENNIK USŁUG

Pobyć w Zakładzie/Oddziale Pielęgnacyjno-Opiekuńcym		
Lp.	Nazwa usługi	Cena
1	Wysokość miesięcznego pobytu	9 500,00zł

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>