



MEDICOVER

Umowa o świadczenie medyczne

„.....”

zawarta w dniu.....

pomiędzy:

Panią/Panem.....
zamieszkałą/zamieszkałym.....
nr PESEL

a

Medicover sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądu, pod numerem KRS 0000021314, NIP: 5251577627, REGON: 012396508, reprezentowaną przez:

1.
2.

§1 Przedmiot umowy

1. Przedmiotem Umowy jest udzielenie świadczeń w Wielospecjalistycznym Szpitalu Medicover przy Alei Rzeczpospolitej 5 w Warszawie (dalej „Szpital Medicover”), w ramach pakietu, której celem przegląd stanu zdrowia i kompleksowa diagnoza Pacjenta (dalej „Diagnoza”).
2. Pacjent zobowiązuje się do przybycia do Szpitala, na własny koszt, w ustalonym w umowie terminie.

§2 Termin realizacji

1. Usługa, o której mowa w §1 ust.1 zostanie wykonana w terminie....., zgodnie z Załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy.
2. W przypadku, kiedy wywiązanie się z postanowień Umowy przez Szpital nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Szpitala lub z powodu siły wyższej, Pacjent zostanie o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki. W takim przypadku Strony powinny uzgodnić nowy termin wykonania usług przez Szpital. Zmiana terminu wymaga pisemnej zgody Pacjenta, która może zostać przekazana przez niego także za pośrednictwem poczty e-mail. Pacjent wskazuje, że jego adresem e-mail, za pośrednictwem którego może być prowadzona

z nim korespondencja, a także przesyłanie informacji o zmianie terminu wykonania usługi jest adres e-mail:.....

§3 Wynagrodzenie

1. Pacjent zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia w wysokości....., z zastrzeżeniem ustępów poniższych, nie później niż w terminie 14 dni przed wykonaniem umowy.
2. Pacjent zobowiązany jest do wpłaty zaliczki na poczet Diagnostyki w wysokości 100% wartości wynagrodzenia określonego w ust. 1.
3. W przypadku zakupu pakietu za pośrednictwem Medistore Medicover Pacjent dokona płatności, zgodnie z instrukcją płatności na stronie Medistore W przypadku dokonania zakupu pakietu w inny sposób Pacjent dokona płatności kartą lub gotówką –w kasie Szpitala (u Koordynatora Obsługi Szpitalnej).
4. Pacjent zobowiązuje się wpłacić wartość zaliczki najpóźniej na 14 dni roboczych przed terminem rozpoczęcia realizacji Diagnostyki, o którym mowa w §2 ust.1.W przypadku braku wpłaty Zaliczki w wyznaczonym terminie Szpital może odstąpić od Umowy żądając jednocześnie od Pacjenta pokrycia poniesionych kosztów związanych



MEDICOVER

- z przygotowaniem się Szpitala do wykonania Diagnostyki. Koszty te zostaną przedstawione Pacjentowi na piśmie, z wyznaczeniem 14 dniowego terminu zapłaty. W przypadku niewykonania przedmiotu Umowy z winy Szpitala, Szpital zobowiązuje się do zwrotu Zaliczki, jednakże Szpital ma prawo do
5. potrącenia z kwoty Zaliczki uzasadnionych kosztów poniesionych przez Szpital w związku z przygotowaniem do Diagnostyki. Zwrot nastąpi w terminie 14 dni od dnia, w którym Szpital poinformował Pacjenta o odwołaniu wykonania usługi (nie dotyczy to zmiany terminu wykonania usługi).
 6. W przypadku wykupienia pakietu, którego termin realizacji ustalono na mniej niż 14 od dnia zawarcia umowy Pacjent ma obowiązek niezwłocznie, nie później niż przed upływem tego terminu, do zapłaty 100 % zaliczki. Brak wpłaty będzie stanowił podstawę do odstąpienia od umowy i naliczenia kosztów jak w ust.4 powyżej.
 7. W przypadku rezygnacji lub nieskorzystania przez Pacjenta z pakietu będącego przedmiotem umowy, z jakichkolwiek przyczyn leżących po stronie Pacjenta, wpłacona przez Pacjenta zaliczka określona zostanie rozliczona w stosunku do poniesionych przez Szpital uzasadnionych kosztów przygotowania się do realizacji przedmiotu Umowy. W takim przypadku Pacjent powinien niezwłocznie powiadomić pisemnie o tym Szpitala.
 8. Szpital z tytułu realizacji umowy i wpłaty przez Pacjenta zaliczki wystawi Pacjentowi fakturę, zgodnie z przepisami prawa.
4. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności (nie dotyczy ustalenia nowego terminu wykonania usługi).
 5. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....
data i podpis Pacjenta

.....
data i podpis Szpitala

§4 Postanowienia końcowe

1. Za szkody wyrządzone przez Pacjenta w mieniu Szpitala, Pacjent odpowiada na zasadach ogólnych.
2. Niniejsza umowa podlega prawu Rzeczypospolitej Polskiej i będzie interpretowana zgodnie z przepisami tego prawa. W zakresie nieuregulowanym w niniejszej umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego.
3. 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.

Klauzula informacyjna

Medicover Sp. z o.o. z siedzibą przy Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych przetwarzanych w celu świadczenia usług medycznych. zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), dane zebrane przez Medicover sp. z o.o., są przetwarzane w celu świadczenia usług medycznych, informowania o nowych produktach i usługach administratora danych oraz archiwalno-statystycznych. Medicover sp. z o.o. informuje, że Pacjent ma prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Podanie danych jest dobrowolne, ale stanowi podstawę do świadczenia usług medycznych.

.....
data i podpis Pacjenta

Deklaracja zgody na przesyłanie informacji handlowych drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na przesyłanie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 1422, ze zm.), na podany adres e-mail oraz w postaci SMS, przez Medicover Sp. z o.o. oraz podmioty z Grupy Medicover**, tj. Medicover Forsakring AB (publ.) S.A., Centrum Medyczne Damiana HOLDING Sp. z o.o., Care Experts Sp. z o.o., Care Experts Domy Opieki Sp. z o.o., INVIMED-T Sp. z o.o., Medi Partner Sp. z o.o. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....
data i podpis Pacjenta

Deklaracja zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów marketingowych podmiotów z Grupy Medicover. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....
data i podpis Pacjenta

Deklaracja zgody na przekazywanie treści marketingowych z wykorzystaniem telefonu

Wyrażam zgodę / nie wyrażam* zgody na przekazywanie treści marketingowych na podany przeze mnie numer telefonu, w tym przy użyciu automatycznych systemów wywołujących, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004r. Prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 243, ze zm.), przez Medicover Sp. z o.o. oraz podmioty z Grupy Medicover. Wyrażenie zgody jest dobrowolne.

.....
data i podpis Pacjenta

* właściwe zaznaczyć

** Medicover Forsakrings A.B. (publ.) S.A., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Centrum Medyczne Damiana HOLDING Sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa, Care Experts Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Care Experts Domy Opieki Sp. z o.o., Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, INVIMED-T Sp. z o.o., ul. Rakowiecka 36, 02-532 Warszawa, Medi Partner Sp. z o.o., ul. Cybernetyki 19, 02-677 Warszawa