Str. 1/3

UMOWA NR ………………..2016

NA OBJĘCIE OPIEKĄ CAŁODOBOWĄ

przez OŚRODEK REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZY „DAR SERCA”, 82-400 Sztum-Czerninie, ul. Zielna 2

 **zawartą z Opiekunem** w przypadku braku możliwości podpisania przez Korzystającego z opieki

Umowę zawarto w Sztumie w dniu 2016 r. pomiędzy

imię i nazwisko Opiekuna…………………………………………………….

zamieszkałą …………………………………. Tel. kontaktowy…………..

PESEL: …………………………….. nr dowodu osobistego………………………………

wydany przez …………………………………………………….

zwany dalej Opiekunem

a

Stowarzyszeniem Pomocy Osobom Przewlekle Chorym „DAR SERCA”, 82-400 Sztum ul. Reja 12,reprezentowanym przez Krystynę Szafrańską - prezes Stowarzyszenia,

zwanym dalej Świadczącym opieką w przedmiocie opieki całodobowej nadKorzystającym z opieki (imię i nazwisko, adres, PESEL, nr dowodu osobistego, przez jaki organ wydany)

……………………………………………………………………………………………………………

Umowa zawarta na okres od………………2016r. r. do ………………….. 2016 r.

§1

**Oświadczenia stron umowy**

1. Świadczący opiekę oświadcza, że:

 1) Ośrodek Rehabilitacyjno - Opiekuńczy „DAR SERCA” 82-400 Sztum, Czernin, ul.

 Zielna 2, zwany dalej Ośrodkiem, działając na zasadzie domu rehabilitacyjnego

 prowadzi działalność rehabilitacyjno-opiekuńczą całodobową na podstawie wpisu do

 ośrodków turnusów rehabilitacyjnych w rejestrze Wojewody Pomorskiego pod

 numerem OD /22/26/14 oraz na zasadach określonych w *Regulaminie świadczenia*

 *opieki całodobowej**w Ośrodku Rehabilitacyjno – Opiekuńczym „DAR SERCA”,* który

 jest integralną częścią niniejszej umowy.

 Str. 2/3

1. Ośrodek jest jednostką utworzoną przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Przewlekle Chorym „DAR SERCA” z siedzibą 82-400 Sztum, ul. Reja 12, NIP 579-17-67-283; REGON: 170435677; Nr KRS nr KRS 0000127529.

2. Opiekun oświadcza że:

1) zapoznał się z zasadami korzystania z opieki całodobowej określonych w/w Regulaminem;

2) u Korzystającego z opieki nie ma przeciwwskazań do opieki w w/w Ośrodku.

 §2

**Zasady odpłatności za opiekę**

1. Odpłatność za jedną dobę opieki wynosi 90 zł, słownie: dziewięćdziesiąt złotych

 2. Doba liczona jest od godz. 10:00 do 10:00 następnego dnia.

 3. Płatność następować będzie:

 1) przelewem na konto BS Sztum 43 8309 0000 0001 5903 2000 0020, z dopiskiem:

 „Opieka całodobowa w Ośrodku „DAR SERCA” nad Panem Zarzycki Marian okres

 od dnia ………….do dnia………… „ **x**

 2) gotówka w kasie Stowarzyszenia Sztum, ul. Reja 12x

1. Płatność za opiekę regulowana będzie w dniu przyjęcia do opieki za pobyt do końca pierwszego miesiąca.
2. Za następne okresy płatność regulowana będzie nie rzadziej niż 1 x w miesiącu do 10 dnia każdego miesiąca.
3. Dodatkowa opłata za konsultację lekarza chorób wewnętrznych na żądanie Korzystającego z opieki wynosi 50 zł (pięćdziesiąt zł).
4. Odpłatność za okres przepustki wynosi 50% stawki dobowej.

 §3

  **Wypisanie z opieki**

1. Wypisanie z opieki jest planowane, a data wypisu określona umową.
2. Wypis może nastąpić wcześniej pod warunkiem przynajmniej 14-to dniowego okresu wypowiedzenie, który jest płatny.
3. W przypadku wcześniejszego wypisu bez wypowiedzenia umowy korzystający z opieki zobowiązany jest do uiszczenia opłaty za obowiązujący okres 14 dni wypowiedzenia lub za dni pozostałe do końca umowy.
4. Przy wypisaniu z opieki osoba korzystająca otrzymuje kartę informacyjną o pobycie.

 Str. 3/3

 § 4

 **Rozwiązanie umowy**

1. Umowa na świadczenie usług opieki całodobowej może być rozwiązana na wniosek opiekuna. W tym przypadku obowiązuje wypowiedzeniem pisemnym co najmniej 14 – to dniowe.
2. Umowa może być rozwiązana na wniosek Stowarzyszenia „DAR SERCA” z powodu wystąpienia przeciwwskazań do dalszej opieki całodobowej w warunkach Ośrodka Rehabilitacyjno – Opiekuńczego „DAR SERCA” w Czerninie, np. stan zdrowia wymagający leczenia w szpitalu. W tym przypadku Stowarzyszenie „DAR SERCA” dokonuje zwrotu nadpłaconej kwoty.

 §5

1. **Postępowanie na wypadek pogorszenia stanu zdrowia lub zgonu.**
2. Strony umowy ustalają, że na wypadek pogorszenia stanu zdrowia korzystającego z opieki, Ośrodek niezwłocznie powiadomi Opiekuna i podejmie standardowe działania wzywając lekarza lub karetkę pogotowia.
3. Na wypadek zgonu, Ośrodek również niezwłocznie powiadomi Opiekuna i wezwie lekarza w celu stwierdzenia zgonu.
4. Opiekun podejmie działania zmierzające do pochówku.

 §6

 **Inne postanowienia**

1. W kwestiach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej w postaci aneksu podpisanego przez obie strony.

Data i podpis Opiekuna Podpis Świadczącego opiekę

…………………………………………. ……………………………………….

X – niepotrzebne skreślić