UMOWA

zawarta dnia ……... w Warszawie pomiędzy

Centrum Diagnostyki Medycznej "MULTI-MED" S.A. (dawniej: Centrum Diagnostyki Medycznej MULTI-MED Hanna Brusikiewicz i Ska – Spółka Jawna) z siedzibą w Warszawie 01-059, przy ul. Okopowa 33, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0001052228, REGON: 015497227, NIP: 527-240-57-13, reprezentowana przez ……. zwaną dalej **„Zleceniobiorcą”**

a

Panią/Panem…….....….. zamieszkałą /łym w…… przy ul…….....……. legitymująca/cy się dokumentem ….....…..... seria……...numer……..……, data urodzenia:……. PESEL…….....……..., zwaną/ym dalej **„Zleceniodawcą”**

Zważywszy, że:

Zleceniodawca zdecydował się na wybór: TERAPIA MANUALNA - 30 MIN. zwanym dalej **„Pakietem”,** który uprawnia do wykonania świadczeń zdrowotnych opisanych w załączniku nr 1 do niniejszej umowy, Strony postanowiły zawrzeć umowę o następującej treści:

§1

1. Osobą uprawnioną do otrzymywania świadczeń zdrowotnych w ramach Pakietu jest osoba wskazana jako Zleceniodawca lub dziecko Zleceniodawcy tj. …….……, zwaną/ym dalej **„Pacjentem”.**
2. W przypadku wykupienia Vouchera, Pacjentem jest osoba wskazana przez osobę płacącą za Voucher.
3. Zakres świadczeń zdrowotnych w Pakiecie stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
4. Karta Pacjenta stanowi załącznik nr 2 do niniejszej umowy.
5. Przygotowanie Pacjenta do świadczeń zdrowotnych stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
6. Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się i akceptuje treść wyżej wymienionych dokumentów i nie zgłasza do nich żadnych zastrzeżeń. Ponadto Zleceniodawca oświadcza, że został poinformowany o tym, że badania oraz konsultacje nie będą wykonywane przez profesorów pracujących u Zleceniobiorcy i wyraża na to zgodę.

§2

1. Świadczenia zdrowotne oferowane w ramach Pakietu dostępne są wyłącznie w placówkach Zleceniobiorcy w godzinach ich funkcjonowania.

2. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Pakietu jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania za pośrednictwem infolinii lub osobiście w przychodni.

3. Termin wykonania świadczeń zdrowotnych można zarezerwować osobiście w każdej placówce lub za pośrednictwem infolinii.

4. Korzystanie ze świadczeń zdrowotnych odbywa się po okazaniu dokumentu tożsamości oraz po zarejestrowaniu Pacjenta w systemie informatycznym Zleceniobiorcy.

5. Pacjent powinien stawić się z co najmniej 10 minutowym wyprzedzeniem przed wyznaczoną godziną wykonania świadczenia zdrowotnego.

6. W przypadku stawienia się Pacjenta z co najmniej 10 minutowym lub większym opóźnieniem, Zleceniobiorca może odmówić wykonania świadczenia zdrowotnego w tym dniu i ustalić nowy termin wykonania świadczenia.

7. Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w przepisach prawa, świadczenia zdrowotne są udzielane po wyrażeniu zgody przez Pacjenta. Jeżeli Pacjent jest małoletni lub niezdolny do świadomego wyrażenia zgody, wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, przy czym, jeżeli Pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda. Rodzice są przedstawicielami ustawowymi dziecka pozostającego pod ich władzą rodzicielską. W przypadku Pacjenta, który nie ukończył 18 roku życia, jedno z rodziców jest zobowiązane towarzyszyć takiemu Pacjentowi w trakcie wykonywania świadczeń zdrowotnych. Każde z rodziców może upoważnić inną osobę do wyrażenia zgody i/lub towarzyszenia dziecku podczas świadczeń zdrowotnych, przy czym stosowne upoważnienie musi być wypełnione przez jednego rodzica w rejestracji przychodni w obecności pracownika Zleceniobiorcy, na druku Zleceniobiorcy.

8. Zarówno przedstawiciel ustawowy Pacjenta, o którym mowa w ust. 7 powyżej, jak i opiekun faktyczny takiego Pacjenta, obecni podczas udzielania świadczeń zdrowotnych temu Pacjentowi, są zobowiązani do przedstawienia swojego dokumentu tożsamości.

§3

1. W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy, Zleceniobiorca prowadzi dokumentację medyczną Pacjenta.

2. Pacjent nie jest zobowiązany do odbioru wyników badań przeprowadzonych w ramach Pakietu z każdej placówki Zleceniobiorcy. Wyniki badań wraz z opisem będą dostępne dla lekarza na umówioną konsultację medyczną, przy czym w przypadku badań rezonansu magnetycznego, Pacjent jest zobowiązany wskazać, do której placówki Zleceniobiorcy wynik wraz z opisem ma zostać przekazany.

3. Tryb, warunki prowadzenia dokumentacji medycznej oraz sposób jej udostępniania osobom uprawnionym, przedstawicielom ustawowym osób uprawnionych i osobom trzecim określają właściwe przepisy prawa.

4. Dokumentacja związana z wykonaniem niniejszej umowy sporządzana jest w języku polskim, poza przypadkami, gdy przepis prawa przewiduje możliwość sporządzenia dokumentacji medycznej w języku łacińskim.

§4

1. Opłata za Pakiet wynosi 150 zł (słownie: sto pięćdziesiąt złotych) i wnoszona jest w całości w dniu podpisania umowy w placówce Zleceniobiorcy lub podczas zakupu poprzez stronę internetową www.multimed.pl w zakładce IKP – internetowe konto pacjenta.

2. Płatności można dokonywać w placówce gotówką lub za pomocą karty płatniczej oraz, w przypadku zakupu Pakietu poprzez stronę internetową www.multimed.pl przelewem on-line.

§5

1. Świadczenia zdrowotne w ramach Pakietu można zrealizować w ciągu 2 miesięcy od dnia zawarcia niniejszej umowy.

2. Po uiszczeniu opłaty za Pakiet zarówno z rabatem lub bez rabatu, Pacjent może w okresie trwania wykupionego Pakietu dowolnie zmieniać wyłącznie terminy wizyt czy badań objętych Pakietem.

3. W przypadku niewykorzystania w całości świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach Pakietu w w/w terminie, Zleceniobiorca nie jest zobowiązany do zwrotu opłaty za Pakiet ani w części ani w całości.

4. Po uiszczeniu opłaty za Pakiet, Pacjent nie może żądać zwrotu uiszczonej opłaty.

§6

1. Zleceniobiorca na zasadach ogólnych ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione przez Pacjenta, o ile szkody te pozostają w bezpośrednim związku z wykonywaniem Pakietu. Jednakże Zleceniobiorca nie ponosi odpowiedzialności za poniesione przez Pacjenta szkody pozostające w bezpośrednim związku z wykonywaniem Pakietu, jeżeli do nich dojdzie:

a) na skutek działania siły wyższej, tj. zaistnienia zdarzenia o charakterze przypadkowym, także naturalnym, niemożliwym do przewidzenia i uniknięcia lub

b) na skutek niezastosowania się Pacjenta do zaleceń personelu medycznego Zleceniobiorcy lub

c) w razie nieotrzymania od Pacjenta informacji potrzebnych do wykonania świadczenia zdrowotnego, zatajenia takich informacji, a także w przypadku, gdy podane przez Pacjenta informacje okażą się nieprawdziwe;

d) w przypadkach, gdy nie można przypisać winy Zleceniobiorcy i/lub nie można przypisać winy osobie, której Zleceniobiorca powierzył wykonanie czynności w swoim imieniu lub

e) z innych przyczyn niezależnych od Zleceniobiorcy.

§7

1. Umowa, a tym samym możliwość wykonania świadczeń zdrowotnych z Pakietu wchodzi w życie z dniem jej zawarcia, pod warunkiem zapłaty w całości za Pakiet zgodnie z § 4 niniejszej umowy.

§8

1. Wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane przez Zleceniobiorcę na podstawie niniejszej umowy podlegają przepisom prawa polskiego. W przypadku sporu, sądem właściwym będzie Sąd powszechny według siedziby powoda.
2. Nie ma możliwości dokonania cesji uprawnień przysługujących w ramach Pakietu na inną osobę.
3. Zakup Pakietu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Pakietu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiekolwiek usługi.
4. Wykupienie Pakietu w którego skład wchodzą badania endoskopowe może wiązać się z dodatkowymi kosztami usunięcia polipów oraz badania histopatologicznego.
5. Integralną częścią niniejszej umowy stanowią załączniki nr 1, 2 i 3.
6. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzy po jednym dla każdej ze stron.

…..... …....

Zleceniodawca Zleceniobiorca

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informujmy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest Centrum Diagnostyki Medycznej "MULTIMED" S.A. (dawniej: Centrum Diagnostyki Medycznej MULTIMED Hanna Brusikiewicz i Ska – Spółka Jawna) z siedzibą w Warszawie (01-059) przy ul. Okopowej 33, zwana dalej „Administratorem". Infolinia: +22 636 47 74, e-mail: przychodnia @multimed.pl.
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować za pomocą adresu e-mail: iod@multimed.pl.
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji i wykonania umowy - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b RODO.
4. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą podmioty uczestniczące w realizacji zamówienia, a także mogą być przekazane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa,
5. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres trwania umowy. Okres przetwarzania danych może zostać każdorazowo przedłużony o okres przedawnienia roszczeń, jeżeli przetwarzanie danych osobowych będzie niezbędne dla ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń lub obrony przed takimi roszczeniami. Po upływie tego okresu dane będą przetwarzane jedynie w czasie i w zakresie wynikającym z przepisów prawa;
6. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i otrzymania ich kopii, a także prawo do sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo do przenoszenia tych danych;
7. Ma Pani/Pan prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych lub, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy RODO;
8. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania postanowień powyżej wskazanej umowy.