

**U M O W A**  
**określająca warunki pełnopłatnego pobytu**  
**w Dolnośląskim Ośrodku Opieki Międzypokoleniowej „Biały Orzeł”**  
**prowadzonym w ramach Spółki „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o.o.**

zawarta w dniu .....roku w Sokołowsku pomiędzy:

**„Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o.o.** z siedzibą w Sokołowsku przy ul. Parkowej 3, kod 58-351 Sokołowsko wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej we Wrocławiu, IX Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000128228; posiadającą NIP 886-10-10-961 oraz REGON 890314440, w imieniu której działa Prezes Zarządu Pani Barbara Grzegorzczak zwaną w dalszej części umowy **„Spółką”**

a

Imię nazwisko :

zam. :

PESEL :

zwanym **„Świadczeniobiorcą”**

przy udziale

Imię nazwisko:

zam.

PESEL:

Zwanym **„Pensjonariuszem”**

o następującej treści:

**§ 1.**

**Przedmiot umowy**

1. Świadczeniobiorca to osoba korzystająca z usług Spółki będąca Pensjonariuszem lub osobą zlecającą wykonanie usługi przez Spółkę dla Pensjonariusza, nad którym sprawuje opiekę.
2. Pensjonariusz to osoba przebywająca na pobycie krótko lub długoterminowym w DOOM „Biały Orzeł”.
3. Przedmiotem umowy jest udzielanie Pensjonariuszowi całodobowych, pełnopłatnych świadczeń opieki krótkoterminowej lub długoterminowej przez Spółkę w Dolnośląskim Ośrodku Opieki Międzypokoleniowej „Biały Orzeł” (zwany w dalszej części umowy DOOM „Biały Orzeł”), na warunkach określonych niniejszą umową.

W ramach umowy Pensjonariusz otrzymuje w szczególności:

- a) Zakwaterowanie w pokoju z pełnym węzłem sanitarnym
- b) Całodzienne wyżywienie
- c) Całodobową opiekę pielęgniarską
- d) Rehabilitację usprawniającą przyłóżkową lub w sali gimnastycznej (gimnastyka, UGUL, ćwiczenia usprawniające, bieżnia, motomet, rotory, rowery), codziennie z wyłączeniem sobót, niedziel i świąt.
- e) Zajęcia terapii zajęciowej
- f) Opiekę psychologa
- g) Doraźną opiekę specjalisty, który jest zatrudniony w Spółce (specjalista chorób wewnętrznych, neurolog, onkolog, psychiatry).

**§ 2.**

**Obowiązki Świadczeniobiorcy**

1. Przyjęcie Pensjonariusza do DOOM „Biały Orzeł” następuje na podstawie dokumentów stanowiących załącznik nr 3 do umowy. Komplet dokumentacji Świadczeniobiorca jest zobowiązany dostarczyć przed podpisaniem umowy. Decyzja o przyjęciu Pensjonariusza do DOOM „Biały Orzeł” wydawana jest na podstawie opinii lekarskiej.
2. Rehabilitację zleca lekarz kwalifikujący do DOOM „Biały Orzeł” w przypadku braku przeciwwskazań do jej realizacji, po zapoznaniu się z historią choroby i stanem zdrowia Pensjonariusza.
3. Pensjonariusz DOOM „Biały Orzeł” ze względu na charakter pobytu oraz specyfikę ośrodka wyraża zgodę na:
  - a) wstęp do pomieszczenia, w którym został zakwaterowany, pracowników DOOM „Biały Orzeł” lub osób przez nie upoważnionych w celu realizacji wszelkich obowiązków wynikających z niniejszej umowy, przez co rozumie się w

szczegółności: utrzymanie pomieszczenia w czystości, konserwację i sprawdzenie stanu technicznego znajdujących się tam urządzeń i instalacji i itp.

- b) wstęp o każdej porze dnia i nocy pracowników DOOM „Biały Orzeł” lub innych niezbędnych osób w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia Pensjonariusza oraz w przypadku, gdy ze względu na jego stan zdrowia niezbędna będzie jego całodobowa pielęgnacja lub obserwacja.
4. Bez zgody pracownika DOOM „Biały Orzeł” (pielęgniarki, Pielęgniarki Oddziałowej) Pensjonariusz nie może przyjmować w miejscu swojego zakwaterowania osób trzecich.
  5. Pensjonariusz zobowiązuje się stosować do Regulaminu Porządkowego obowiązującego na terenie DOOM „Biały Orzeł” oraz poleceń pracowników DOOM „Biały Orzeł”, w tym nie dokonywać bez uprzedniej zgody Spółki jakichkolwiek zmian w wyposażeniu, w tym umeblowaniu pomieszczenia, w którym Pensjonariusz został zakwaterowany.
  6. Świadczeniobiorca ponosi odpowiedzialność za wszelkie szkody powstałe wskutek działania lub zaniechania Pensjonariusza w związku z pobytem w DOOM „Biały Orzeł”.
  7. Pensjonariusz zobowiązany jest przybyć do obiektu DOOM „Biały Orzeł”, ul. Parkowa 5, 58-351 Sokołowsko, na własny koszt w wyznaczonym terminie. Pensjonariusz zobowiązany jest zabrać ze sobą przedmioty codziennego użytku, takie jak odzież, szlafrok, piżama, kapcie, odzież sportowa, środki higieny osobistej, w tym w szczególności zobowiązany jest do zabezpieczenia się na cały okres pobytu w leki, które Pensjonariusz regularnie zażywa.

### § 3.

#### Postanowienia szczegółowe

1. Strony zgodnie ustalają, że niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia ..... do dnia ...../nieokreślony. Dzień rozpoczęcia obowiązywania umowy jest dniem przyjęcia Pensjonariusza do DOOM „Biały Orzeł”. Pensjonariuszowi będą wydawane trzy główne posiłki na dobę, poczynawszy od obiadu w dniu przyjęcia do DOOM „Biały Orzeł” oraz śniadania w dniu wypisu z DOOM „Biały Orzeł”.
2. Strony zgodnie ustalają miesięczną opłatę należną Spółce za pobyt w DOOM „Biały Orzeł” w wysokości ..... brutto/słownie: ..... **zł. i 00/100**. Wynagrodzenie z tytułu miesięcznej opłaty za pobyt oraz inne wynikające z dodatkowych kosztów świadczeń pokrywanych przez Świadczeniobiorcę, płatne będzie w terminie do dnia 10-go każdego miesiąca pobytu na rachunek bankowy Spółki: **BZ WBK SA I O/Głuszycza 50 1090 2314 0000 0001 0048 5026**
3. Pensjonariusz w DOOM „Biały Orzeł” zakwaterowany będzie w pokoju .....
4. Świadczeniobiorca w momencie zawarcia niniejszej umowy winien uiścić opłatę za pobyt Pensjonariusza z góry za cały miesiąc, a w sytuacji pobytów krótkoterminowych za cały okres pobytu, przy czym:
  - a) W sytuacji niewykonania przedmiotu niniejszej umowy z przyczyn leżących po stronie Spółki, Spółka zobowiązuje się do niezwłocznego zwrotu wpłaconej kwoty, o której mowa w par. 3 ust. 3 umowy w sposób i terminie ustalonym ze Świadczeniobiorcą.
  - b) W przypadku rezygnacji Świadczeniobiorcy z pobytu w DOOM „Biały Orzeł” po podpisaniu umowy, wpłata o której mowa w par. 3 ust.3 nie podlega zwrotowi.
  - c) O rezygnacji Pensjonariusza z pobytu w DOOM „Biały Orzeł” Świadczeniobiorca winien niezwłocznie powiadomić Spółkę telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej:
    - nr telefonu: 74 845 82 40 wew. 53, 54, 49
    - numer faks: 74 845 82 40 wew. 37
    - [doom@sanatoria-dolnoslaskie.pl](mailto:doom@sanatoria-dolnoslaskie.pl)
5. Świadczeniobiorca zobowiązuje się do pokrywania wszelkich dodatkowych kosztów świadczeń niewymienionych w par. 1 ust. 4 umowy, a powstałych podczas pobytu Pensjonariusza w DOOM „Biały Orzeł”. Koszty te doliczane będą do opłaty miesięcznej zgodnie z § 3. ust.3. Personel DOOM „Biały Orzeł” upoważniony jest do zakupu materiałów i zlecenia usług niezbędnych dla Pensjonariusza, przy czym Świadczeniobiorca zobowiązuje się do pokrycia kosztów tych świadczeń w tym m.in. z tytułu:
  - a) zakup leków zleconych przez lekarzy, których zażywanie stanowi kontynuację leczenia farmakologicznego lub dodatkowych leków,
  - b) korzystanie z konsultacji specjalistycznych na żądanie pacjenta, innych niż zlecone przez lekarza podstawowej opieki medycznej,
  - c) korzystanie z konsultacji komercyjnych (pełnopłatnych) na żądanie Świadczeniobiorcy,
  - d) korzystanie z usług diagnostycznych w zakresie specjalistycznych badań wykonywanych na zlecenie, przez usługodawców zewnętrznych (tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny itp.), na żądanie pacjenta lub zlecone

przez lekarza,

e) korzystanie z dodatkowych usług rehabilitacyjnych, rekreacyjnych, leczniczych i innych na żądanie Świadczeniobiorcy.

6. Świadczeniobiorca przyjmuje do wiadomości, iż wszelkie koszty pobytu Pensjonariusza w DOOM „Biały Orzeł” nie podlegają refundacji realizowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
7. Spółka zastrzega sobie prawo do jednostronnej zmiany wysokości opłaty przy pobytach długoterminowych, o której mowa w par.3 ust.3 umowy bez konieczności składania w tym zakresie odrębnych oświadczeń woli przez strony umowy. Zmiana wysokości opłaty, o której mowa w par. 3 ust. 3 umowy nastąpi każdorazowo za pisemnym powiadomieniem Świadczeniobiorcy z 30 dniowym okresem karencji, podczas którego wysokość opłaty określonej w par. 3 ust.3 umowy pozostanie bez zmian. Złożone w okresie karencji oświadczenie Świadczeniobiorcy o odmowie przyjęcia zmienionych warunków umowy będzie traktowane jako oświadczenie o wypowiedzeniu umowy za 14 dniowym okresem wypowiedzenia, co skutkować będzie wypisem Pensjonariusza z DOOM „Biały Orzeł” po upływie powyższego okresu wypowiedzenia. Brak oświadczenia Świadczeniobiorcy w niniejszym zakresie będzie traktowane jako wyrażenie zgody na zmianę warunków niniejszej umowy.
8. Jeżeli Świadczeniobiorca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie odbiera Pensjonariusza z obiektu DOOM „Biały Orzeł” w wyznaczonym terminie, Spółka zorganizuje transport do miejsca zamieszkania Pensjonariusza, obciążając Świadczeniobiorcę lub Pensjonariusza powstałymi z tego tytułu kosztami, na co Świadczeniobiorca wyraża zgodę. W przypadku zaś braku możliwości kontaktu ze świadczeniobiorcą, przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym Pensjonariusza oraz braku możliwości przetransportowania Pensjonariusza do miejsca jego zamieszkania, w sytuacji dalszego pobytu Pensjonariusza w obiekcie DOOM „Biały Orzeł” Spółka obciąży Świadczeniobiorcę lub Pensjonariusza powstałymi z tego tytułu wszelkimi kosztami, na co Świadczeniobiorca wyraża zgodę.
9. W sytuacji zgonu Pensjonariusza w trakcie trwania pobytu w DOOM „Biały Orzeł” zwrot uiszczonych opłat, o której mowa w par. 3 ust.3 umowy następuje Świadczeniobiorcy lub innym upoważnionym osobom. Wylczenie kwoty podlegającej zwrotowi następuje z uwzględnieniem niewykorzystanych przez Pensjonariusza dni pobytu.
10. Pieniądze, dokumenty na okaziciela oraz rzeczy posiadające istotną wartość majątkową powinny zostać zdeponowane przez Pensjonariusza w depozycie Spółki. Spółka nie ponosi odpowiedzialności za uszkodzenie lub utratę nie zdeponowanych pieniędzy, dokumentów na okaziciela oraz rzeczy Pensjonariusza.
11. Pensjonariusz ma prawo do oddania rzeczy wartościowych do depozytu DOOM „Biały Orzeł” na zasadach określonych w Spółce.

#### § 4

#### Okres obowiązywania i ustanie umowy

1. W przypadku pobytów długoterminowych, gdy do końca okresu, na który została zawarta umowa na czas określony Świadczeniobiorca nie złoży pisemnego oświadczenia o jej rozwiązaniu, umowa ulega automatycznemu przekształceniu w umowę zawartą na czas nieokreślony z 30 dniowym okresem wypowiedzenia.
2. W przypadku pobytów krótkoterminowych, gdy po zakończeniu okresu, na który została zawarta umowa, Pensjonariusz nadal przebywa na terenie obiektu, umowa ulega automatycznemu przekształceniu w umowę zawartą na czas nieokreślony z 30 dniowym okresem wypowiedzenia.
3. Umowa może ulec rozwiązaniu w trybie natychmiastowym w sytuacji nie doręczenia do dnia przyjęcia Pensjonariusza do obiektu DOOM „Biały Orzeł”:
  - a) wymaganej przez lekarza dokumentacji medycznej Pensjonariusza (załącznik 4) oraz dokumentacji w postaci załącznika nr 3, załącznika nr 5 i załącznika nr 6 do umowy,
  - b) pełnomocnictwa lub innego dokumentu potwierdzającego prawo do działania Świadczeniobiorcy w imieniu Pensjonariusza.
4. Spółka może odstąpić od niniejszej umowy w trybie natychmiastowym w sytuacji:
  - a) Opóźnienia w zapłacie przez Świadczeniobiorcę wynagrodzenia, o którym mowa w par. 3 ust. 3 umowy,
  - b) wystąpieniem u Pensjonariusza objawów choroby psychicznej, zachowań agresywnych bądź zagrażających w jakikolwiek sposób funkcjonowaniu DOOM „Biały Orzeł” ze względu na dobro oraz bezpieczeństwo innych pacjentów oraz personelu DOOM „Biały Orzeł”,
  - c) pogorszenia się stanu zdrowia Pensjonariusza w takim stopniu, że ze względu na jego stan będą istniały przeciwwskazania do dalszego przebywania w DOOM „Biały Orzeł”.
  - d) Pensjonariusz naruszać będzie w jakikolwiek sposób postanowienia regulaminu Spółki.
5. Umowa przestaje wiązać strony (wygasa) z chwilą zgonu Pensjonariusza.
6. Umowa zawarta na czas nieokreślony może zostać rozwiązana w formie złożonego pisemnego oświadczenia woli przez

każdą ze stron umowy z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec następnego miesiąca, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone niniejsze oświadczenie.

## § 5

1. Świadczeniobiorca zlecający wykonanie usługi dla osoby, nad którą sprawuje opiekę, dołączy przy zawarciu umowy oryginał, urzędowy odpis lub kopię poświadczoną za zgodność z oryginałem dokumentu stwierdzającego uprawnienie do działania w imieniu Pensjonariusza.
2. Świadczeniobiorca oświadcza, że ponosi odpowiedzialność za skuteczność złożonego w imieniu Pensjonariusza oświadczenia woli, oraz że jego oświadczenie jest zgodne z wolą Pensjonariusza lub służy jego dobru, i zobowiązuje się do pokrycia wszelkich szkód oraz zaspokojenia zobowiązań które mogą powstać w przyszłości w związku z uznaniem złożonego w imieniu Pensjonariusza oświadczenia za nieważne bądź bezskuteczne.
3. W przypadku, gdy Pensjonariusz ze względu na ciężki stan jest niezdolny do samodzielnego złożenia oświadczenia woli zmierzającego do zawarcia umowy, a Pensjonariusz nie jest osobą ubezwłasnowolnioną niniejsza umowa może zostać w jego imieniu zawarta przez członków najbliższej rodziny po wcześniejszym złożeniu przez nich pisemnego oświadczenia, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do umowy.
4. Świadczeniobiorca składa oświadczenie, w którym wskaże osobę, którą należy poinformować o śmierci Pensjonariusza. Spółka zobowiązuje się postąpić w sposób wskazany w oświadczeniu z zastrzeżeniem, że po stwierdzeniu zgonu niezwłocznie ciało zostanie złożone w pomieszczeniu do tego przystosowanym. Wzór oświadczenia zawiera załącznik nr 2 do umowy.
5. W przypadku, gdy Świadczeniobiorca, w trakcie trwania umowy, z powodu leczenia szpitalnego, przepustki lub innego zdarzenia losowego przebywa nieprzerwanie minimum 3 doby poza DOOM „Biały Orzeł”, ponosi płatność za ten okres w wysokości 70% za osobodzień.
6. Pensjonariuszowi przysługuje prawo do przepustki, po uprzednim poinformowaniu Pielęgniarki Oddziałowej.
7. Spółka nie zajmuje się sprawami socjalnymi Pensjonariusza niezwiązanymi z pobytem w DOOM „Biały Orzeł”.
8. Spółka nie wypełnia zapisów testamentów i nie przesyła pozostałych po zmarłym przedmiotów, które można odebrać w DOOM „Biały Orzeł”, przedmioty pozostałe po zmarłym będą przechowywane bezpłatnie przez okres 14 dni od daty stwierdzenia zgonu, a po tym terminie zostaną one protokolarnie przekazane na koszt spadkobierców do depozytu.
9. Przetwarzanie danych osobowych Pensjonariusza łącznie z ich dalszym przekazywaniem odbywa się zgodnie z przepisami ustaw o ochronie danych osobowych i o obowiązku zachowania tajemnicy służbowej i medycznej.
10. Jedynie Świadczeniobiorca i osoby przez niego wskazane są uprawnieni do wglądu w dokumentację medyczną Pensjonariusza.
11. Z zastrzeżeniem postanowień par. 3 ust. 8 umowy, wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.
12. Świadczeniobiorca nie może, bez uzyskania uprzedniej pisemnej zgody Spółki, przenieść swoich praw wynikających z niniejszej umowy, a także roszczenia powstałego w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy.
13. Wszelkie spory Stron będą poddawane rozstrzygnięciu Sądu właściwego miejscowo ze względu na siedzibę Spółki.
14. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U z 2014 poz. 1182, Spółka informuje, iż:
  - a) administratorem danych osobowych Świadczeniobiorcy jest „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o. o. z siedzibą w Sokołowsku 58-351 Sokołowsko, ul. Parkowa 3,
  - b) dane osobowe Świadczeniobiorcy przetwarzane będą w celu realizacji niniejszej umowy i nie będą udostępniane innym podmiotom,
  - c) Świadczeniobiorca posiada prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
  - d) podanie danych osobowych jest dobrowolne.
15. Zgodnie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.), wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na przetwarzanie danych osobowych do celów marketingowych przez „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o. o. z siedzibą w Sokołowsku 58-351 ul. Parkowa 3.
16. Zgodnie z ustawą z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz.1204 z późn. zm.), wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na otrzymywanie, na wskazany adres poczty elektronicznej, informacji handlowej od „Sanatoria Dolnośląskie” Sp. z o. o. z siedzibą w Sokołowsku 58-351 ul. Parkowa 3.
17. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**Spółka:**

**Podpis Świadczeniobiorcy:**

**Podpis Pensjonariusza:**