

**Umowa o świadczenie usług
w Zakładzie Opiekuńczo – Leczniczym (dalej „ZOL”)**

zawarta w [•] w dniu [•] pomiędzy:

1. [•], adres siedziby: [•], ul. [•], wpisaną do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla [•], Wydział [•] Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: [•], NIP: [•], REGON: [•], reprezentowaną przez [•] zwaną w dalszej części umowy „Świadczeniodawcą”,

a 2.

Panią/Panem			
zamieszkałą/y			
urodzona/y dnia		w	
legitymująca/-cym się dowodem osobistym o serii i numerze		wydanym przez	
Posiadająca/-cym PESEL			
telefon kontaktowy			

reprezentowanym przez¹:

Panią/Pana		opiekuna faktycznego/ustawowego*	
Zamieszkałą/-ym			
legitymująca/-cym się dowodem osobistym o serii i numerze		wydanym przez	
telefon kontaktowy			
adres e-mail			
rodzaj relacji/ stopień pokrewieństwa			

zwanym dalej „Świadczeniobiorcą”,

§ 1 [Oświadczenia stron]

1. Świadczeniodawca oświadcza, iż na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia (dalej: „NFZ”) realizuje gwarantowane świadczenia opieki

¹ Dotyczy wyłącznie sytuacji istnienia opiekuna prawnego (faktycznego/ ustawowego)

- zdrowotnej z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
2. Świadczeniobiorca oświadcza, że jest ubezpieczony w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
 3. Świadczeniobiorca oświadcza, że posiada środki finansowe na pobyt w ZOL oraz zobowiązuje się w dniu zawarcia niniejszej umowy do złożenia dokumentów stwierdzające wysokość dochodu Świadczeniobiorcy, tj.:
 - a) decyzji organu rentowego albo emerytalno-rentowego ustalającego wysokość emerytury, renty albo renty socjalnej; lub
 - b) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego; lub
 - c) innego dokumentu, z którego wynikać będzie wysokość dochodu Świadczeniobiorcy.
 4. Świadczeniobiorca wyraża zgodę na pobyt w ZOL, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
 5. Świadczeniobiorca oświadcza, że w przypadku utraty zdolności do świadomego podejmowania decyzji oraz do podejmowania określonych czynności w trakcie pobytu w ZOL, Świadczeniobiorcę reprezentować będzie opiekun, który sprawować będzie opiekę nad osobą i majątkiem Świadczeniobiorcy.
 6. Świadczeniobiorca oświadcza, że zapoznał się z regulaminem organizacyjnym ZOL, regulamin odwiedzin, innymi dokumentami wewnętrznymi obowiązującymi w ZOL oraz zobowiązuje się do przestrzegania ich postanowień.
 7. Świadczeniodawca wyraża zgodę na realizację przez Świadczeniobiorcę prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej realizowanej przez osoby wskazane przez pacjenta w zgodzie z regulaminem wykonywania czynności dodatkowej opieki przez członków rodziny lub przez osoby wskazane przez Świadczeniodawcę.
 8. Świadczeniodawca oświadcza, że zapoznał się z informacją, że zgodę na przyjęcie pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego może wyrazić pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy. W przypadku gdy stan zdrowia osoby ubiegającej się o przyjęcie do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie pozwala na świadome wyrażenie zgody na przyjęcie do zakładu, a osoba ta nie posiada przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego, albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego. Sądem opiekuńczym właściwym miejscowo dla udzielania zgody na wykonywanie czynności medycznych jest sąd, w którego okręgu czynności te mają być wykonane.
 9. W razie zaistnienia takiej konieczności, Świadczeniobiorca upoważnia Świadczeniodawcę do umieszczenia go w placówkach szpitalnych, a w razie jego śmierci zawiadomienia rodziny, Zakładu Pogrzebowego i/lub organów administracji państwowej.

§ 2 [Przedmiot Umowy]

1. Przedmiotem umowy jest wykonanie przez Świadczeniodawcę świadczeń na rzecz Świadczeniobiorcy polegających na zapewnieniu zakwaterowania i wyżywienia – finansowanego wyłącznie przez Świadczeniobiorcę.
2. Zakwaterowanie Świadczeniobiorcy będzie miało miejsce w pokoju wieloosobowym z dostępem do współdzielonego węzła sanitarnego. W skład wyżywienia Świadczeniobiorcy będą wchodziły 4 (słownie: cztery) posiłki według indywidualnej diety zleconej przez lekarza (tj. śniadanie, 2-gie śniadanie, obiad, kolacja).

§ 3 [Opłata za pobyt]

1. Opłatę za pobyt Świadczeniobiorcy w ZOL w [•] w ramach pobytu współfinansowanego przez NFZ ustala się zgodnie z art. 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz.U.2024.146 t.j. z dnia 2024.02.06) (dalej: „**Ustawa**”).
2. Kwota, o której mowa w ust. 1 powyżej odpowiada wartości 250% (dwieście pięćdziesiąt procent) najniższej emerytury i jest ustalana dla Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę z tym zastrzeżeniem, że nie może być wyższa niż 70% miesięcznego dochodu Pacjenta w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej.
3. Świadczeniobiorca w celu prawidłowego wyliczenia przez Świadczeniodawcę opłaty za pobyt w ZOL jest zobowiązany do niezwłocznego przedłożenia wszystkich dokumentów potwierdzających uzyskiwane dochody, w szczególności:
 - a) decyzji organu rentowego lub emerytalno-rentowego
oraz
 - b) decyzji o przyznaniu zasiłku stałego.
4. Na podstawie przedłożonych dokumentów, o których mowa w ust. 3 powyżej Świadczeniodawca wylicza opłatę za pobyt w ZOL oraz wystawia Świadczeniobiorcy fakturę za każdy miesiąc kalendarzowy pobytu Świadczeniobiorcy w ZOL.
5. Świadczeniobiorca wyraża zgodę na dostarczanie przez Świadczeniodawcę faktur za pobyt w ZOL oraz faktur korygujących drogą elektroniczną na adres e-mail:
6. Opłatę ustala się ponownie po każdorazowej zmianie wysokości dochodu Świadczeniobiorcy przebywającego w zakładzie opiekuńczym, na warunkach wskazanych w ust. 7 poniżej.
7. Świadczeniobiorca jest zobowiązany do dostarczenia aktualizacji dokumentów potwierdzającego dochód, o których mowa w ust. 3 powyżej, niezwłocznie nie później niż w terminie 5 dni po uzyskaniu dokumentów w tym zakresie. W przypadku dostarczenia dokumentu po terminie o którym mowa powyżej, Świadczeniodawca jest uprawniony do naliczenia Świadczeniobiorcy opłaty wyrównującej opłatę za pobyt w ZOL. Opłata wyrównująca zostanie wystawiona na rzecz Świadczeniobiorcy w miesiącu w którym Świadczeniobiorca dostarczył Świadczeniodawcy dokument potwierdzający dochód, o którym mowa w ust. 3 powyżej i obejmować będzie okres od dnia obowiązywania dokumentu potwierdzającego dochód, o którym mowa w ust. 3 powyżej. Opłaty za pobyt w ZOL za kolejne miesiące będą naliczone Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę zgodnie z treścią zaktualizowanych dokumentów potwierdzających dochód, o których mowa w ust. 3 powyżej.
8. Strona Umowy zobowiązuje się do zapłaty kwoty określonej w ustępie powyżej, do dnia 10-tego dnia każdego miesiąca za dany miesiąc (opłata „z góry”) na rachunek bankowy Świadczeniodawcy [•]. / na indywidualny rachunek przypisany Świadczeniobiorcy.
9. W przypadku wystąpienia konieczności hospitalizacji, Świadczeniobiorca zostanie skierowany do szpitala. W takim przypadku za okres pobytu Świadczeniobiorcy w szpitalu Świadczeniodawca pobiera opłatę obniżoną w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień przez okres nie dłuższy niż 15 kolejnych dni

kalendaryzowych.

10. Za okres przepustki Świadczeniobiorcy od pobytu w ZOL, Świadczeniodawca pobiera opłatę z tytułu zajętą łóżka w wysokości 70 % obowiązującej według cennika stawki za osobodzień – jednak Świadczeniobiorca nie może przebywać na przepustce dłuższej niż 10% czasu pobytu w ZOL w danym roku.
11. W przypadku wystąpienia okoliczności opisanych w ust. 9 i 10 powyżej faktura za pobyt w ZOL na rzecz Świadczeniobiorcy zostanie skorygowana przez Świadczeniodawcę poprzez pomniejszenie opłaty za pobyt w ZOL. Faktura korygująca będzie wystawiana na rzecz Świadczeniobiorcy po każdym miesiącu, w których zaistniały okoliczności opisane w ust. 9 i 10 powyżej.
12. Rozliczenie Umowy wynikające z postanowień Umowy wskazanych w ust. . 9, 10, 11 będzie realizowane w okresach miesięcznych. W przypadku powstania nadpłaty Strony dokonają uzgodnienia czy zostanie ona przeznaczona na rzecz opłaty za pobyt w ZOL za kolejny miesiąc lub zwrócona na następujący rachunek bankowy:

na co świadczeniobiorca wyraża zgodę. W przypadku wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy powstała nadpłata podlegać będzie automatycznemu zwrotowi na następujący rachunek bankowy:

[] jak wyżej

na co świadczeniobiorca wyraża zgodę.

13. W przypadku powstania nadpłaty za pobyt Świadczeniobiorcy w ZOL oraz niemożności jej rozliczenia w sposób wskazany w ust. 12 powyżej, z uwagi na zgon Świadczeniobiorcy, nadpłata stanowić będzie masę spadkową po zmarłym Świadczeniobiorcy, która to nadpłata zostanie przekazana na rzecz następców prawnych po zmarłym Świadczeniodawcy na podstawie przedstawionego Świadczeniodawcy prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub na podstawie aktu poświadczenia dziedziczenia.
14. Świadczeniobiorca zobowiązany jest ustanowić pełnomocnika, który w jego imieniu będzie dokonywał opłaty za pobyt w ZOL. Wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 1 do Umowy.
15. W przypadku gdy Świadczeniobiorca nie ustanowi pełnomocnika, o którym mowa w ust. 14 powyżej, Świadczeniodawca jest zobowiązany do samodzielnego dokonywania płatności za pobyt w ZOL.
16. Opłaty za pobyt w ZOL mogą również być regulowane przez Świadczeniobiorcę metodą polecenia zapłaty przez bank z rachunku bankowego Świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem postanowień o których mowa w ust. 6 i 7 powyżej.
17. Świadczeniobiorca może w trakcie trwania pobytu w ZOL wyrazić zgodę na potrącanie opłaty za pobyt ZOL przez właściwy organ rentowy albo emerytalno-rentowy ze świadczenia wypłacanego przez ten organ tj. emerytury, renty, renty socjalnej, zasiłku stałego. Wzór zgody stanowi załącznik nr 2 do Umowy. W przypadku gdy kwota potrąconej opłaty za pobyt w ZOL, przelana przez organ emerytalny albo organ

emerytalno - rentowy na rzecz Świadczeniodawcy na podstawie zgody wskazanej powyżej, będzie się różnić od tej wyliczonej przez Świadczeniodawcę:

- a. Świadczeniobiorca dokona zapłaty różnicy na rachunek bankowy Świadczeniodawcy [•] / na indywidualny rachunek przypisany Świadczeniobiorcy, w terminie 14 dni od przedłożenia Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę wyliczenia kwoty opłaty za pobyt w ZOL oraz Świadczeniobiorca zobowiązuje się do comiesięcznego dokonywania dopłat (bez osobnego wezwania) według kwoty wyliczonej przez Świadczeniodawcę.
- b. Świadczeniodawca zobowiązuje się do zwrotu różnicy na rachunek bankowy Świadczeniobiorcy:

[] jak wyżej

w terminie 14 dni od przedłożenia Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę wyliczenia kwoty opłaty za pobyt w ZOL oraz Świadczeniodawca zobowiązuje się do comiesięcznego dokonywania zwrotów (bez osobnej kalkulacji) według kwoty wyliczonej przez Świadczeniodawcę.

§ 4 [Obowiązki Stron]

1. Świadczeniodawca oświadcza, że:
 - 1) świadczenia będące przedmiotem Umowy zostaną udzielone z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, przy respektowaniu praw pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
 - 2) świadczenia będące przedmiotem Umowy zostaną udzielone przez lekarzy lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia, w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
 - 3) świadczenia będące przedmiotem Umowy zostaną udzielone w warunkach, w tym pomieszczeniach, odpowiadających określonym wymaganiom fachowym i sanitarnym, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami.
2. Świadczeniobiorca obowiązany jest do:
 - 1) udzielenia informacji o stanie swojego zdrowia zgodnie z prawdą,
 - 2) stawiania się we własnym zakresie i na własny koszt, w uzgodnionym terminie do ZOL prowadzonego przez Świadczeniodawcę wraz z niezbędnymi mu przedmiotami codziennego użytku, zwyczajowo zabieranymi przez pacjentów zakładów opiekuńczo-leczniczych ,
 - 3) ponoszenia opłat wskazanych w Umowie i zgodnie z ustalonymi zasadami,
 - 4) zapoznania się ze szczegółowymi warunkami udzielania świadczeń określonych w regulaminie ZOL oraz przestrzegania ich postanowień,
 - 5) wskazania miejsca pobytu Świadczeniobiorcy po wygaśnięciu niniejszej Umowy - oraz danych osoby, która zobowiązuje się przejąć opiekę nad Świadczeniobiorcą po opuszczeniu przez niego ZOL - Świadczeniobiorca wskazuje następującą osobę:

Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	

Posiadającą dokument tożsamości	
z która Pacjenta łączy stosunek pokrewieństwa/ relacji	
oraz miejsce pobytu:	
adres pobytu po opuszczeniu ZOL	

- 6) aktualizacji danych wskazanych w pkt. 5) powyżej oraz niezwłocznego poinformowania Świadczeniodawcy o zmianę osoby wskazanej w pkt. 5) powyżej,
- 7) samodzielnego zaopatrzenia się w rzeczy osobiste wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych NFZ i pobytowych w ZOL oraz samodzielną organizację usług zaspokojenia potrzeb indywidualnych nie stanowiących zakresu świadczeń gwarantowanych przez NFZ oraz pobytowych w ZOL, lub wyznaczenia w tym celu osoby, która w jego imieniu będzie wykonywała ww. obowiązek. W przypadku gdy Świadczenioborca nie będzie w stanie samodzielnie wykonać ww. obowiązków, jak również nie ustanowi osoby, która będzie w jego imieniu wykonywać ww. obowiązków, Świadczenioborca upoważnia Świadczeniodawcę do wykonywania ww. obowiązków w jego imieniu, w takim przypadku Świadczeniodawca obciąży Świadczenioborcę miesięczną refakturą za wykonanie ww. czynności.
- 8) składania dokumentów, o którym mowa w § 1 ust. 3 Umowy.

§ 5 [Okres obowiązywania Umowy]

1. Umowa zawarta jest na czas określony tj. czas pobytu Świadczeniobiorcy w ZOL, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 poniżej oraz § 6 ust. 1 Umowy.
2. W przypadku gdy na koniec danego miesiąca ocena stanu zdrowia Świadczeniobiorcy przeprowadzona przez lekarza i pielęgniarkę ZOL skalą Barthel wykaże, że Świadczenioborca otrzyma 40 punktów lub mniej, Świadczenioborca zobowiązany jest do opuszczenia ZOL nie później niż po upływie 1 (jednego) miesiąca od przeprowadzenia badania o którym mowa w niniejszym ustępie.
3. Niniejsza umowa wygasa w przypadku zgonu Świadczeniobiorcy, w takim przypadku rodzina pacjenta lub osoba najbliższa zobowiązana jest do opróżnienia pokoju oraz zabrania rzeczy osobistych Świadczeniobiorcy.
4. W przypadku zaistnienia okoliczności wskazanych w ust. 2 powyżej, niniejsza Umowa wygasa. Postanowienia § 6 ust. 2 lit. b) Umowy znajdują zastosowanie.

§ 6 [Rozwiązanie Umowy]

1. Świadczeniodawca może rozwiązać niniejszą umowę w trybie natychmiastowym w przypadku gdy:
 - a. Świadczenioborca zalega z zapłatą wynagrodzenia, o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy za okres jednego miesiąca lub/i opłaty, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt. 7) Umowy za okres jednego miesiąca, po uprzednim bezskutecznym wezwaniu Świadczeniobiorcy przez Świadczeniodawcę do zapłaty w terminie nie krótszym niż 14 dni.
 - b. gdy stan zdrowia Świadczeniobiorcy nie wymaga dalszego udzielania

- świadczeń zdrowotnych w ZOL (stan zdrowia pacjenta nie wymaga dalszej hospitalizacji i proces diagnostyczno-terapeutyczny został zakończony);
- c. na żądanie Pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego;
 - d. gdy Pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednie niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób.
2. W przypadku rozwiązania umowy Świadczeniobiorca zobowiązuje się do:
- a) zapłaty wynagrodzenia o którym mowa w § 3 ust. 1 Umowy w całości, lub/i opłaty, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt. 7) Umowy w dniu opuszczenia ZOL,
 - b) do opuszczenia ZOL oraz do opróżnienia pokoju oraz zabrania rzeczy osobistych/ odbioru rzeczy osobistych przez opiekuna.

§ 7 [Postanowienia końcowe]

1. W sprawach nieregulowanych w niniejszej umowie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz ustaw regulujących przedmiot Umowy.
2. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron umowy.
3. Zmiany Umowy wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowę sporządzono w 2 (dwóch) jednobrzmiących egzemplarzach po 1 (jednym) egzemplarzu dla każdej ze Stron.

.....
Świadczeniodawca

.....
Świadczeniobiorca / opiekun faktyczny/ustawowy*

*zaznaczyć właściwe