



soft palm z.s., provozovatel Hospice Malovická, Malovická 3304/2 Praha 4

SMLOUVA
o poskytování služeb, nehrazených zdravotní pojišťovnou,
ve speciálním lůžkovém zdravotnickém zařízení
HOSPIC MALOVICKÁ, Malovická 3304/2, 141 00 Praha 4

HOSPIC MALOVICKÁ, nestátní zdravotnické zařízení, jehož provozovatelem je **soft palm, z.s.** IČ: 01327216, se sídlem Českobratrská 276/11, 130 00 Praha 3, zastoupené Ing. Josefem Hellerem, MBA, ředitelem, registrováno MV ČR č. j. VS/1-1/91499/13-R, registrace oprávnění k poskytování zdravotních služeb od MHMP č. j. S-MHMP/12980/14/ZDR, bankovní spojení: č. ú.: 123-6346010297/0100 Komerční banka Praha 1

na straně jedné jako poskytovatel

Jméno a příjmení:

Narozen/a:

Bydliště:

uzavírají níže uvedeného dne, měsíce a roku tuto smlouvu:

I.

Poskytovatel provozuje zdravotnické zařízení „Hospic Malovická“. Služby jsou v zařízení poskytovány nepřetržitě.

II.

1. Poskytovatel na základě této smlouvy bude poskytovat uživateli vedle zdravotnické péče, kterou zajišťuje svým zdravotnickým zařízením „Hospic Malovická“, též sociální služby. Součástí těchto služeb jsou především tyto činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby;
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;

Hospic Malovická, Malovická 3304/2, 141 00 Praha 4, IČ: 013 27 216,

e-mail: reditel.malovicka@centrum.cz

e-mail: recepce@hospicmalovicka.com, tel.: 272 011 020,

III.

1. Ubytování je uživateli poskytováno na jednolůžkovém pokoji s vlastním sociálním zařízením a lůžkem připraveným k přespaní osoby blízké. Dále je součástí pokoje: polohovací lůžko, noční stolek, televize, dorozumívací zařízení pacient – sestra, stůl, skříň, lednička.

2. Uživateli budou bez navýšení platby dle potřeby poskytovány i tyto služby: 24 hodinová služba lékaře, léky a ošetrovatelský materiál nehrazený zdravotní pojišťovnou a hygienické prostředky.

IV.

Výše úhrady a způsob jejího placení

1. Uživatel (případně v zastoupení rodinný příslušník, dále jen zástupce) je povinen zaplatit úhradu za ubytování, stravu a zdravotnické úkony nehrazené zdravotními pojišťovnami v částce **700 Kč** denně. Pro občany MČ Praha 10 zůstává v platnosti sleva 200,- Kč, platba je tedy **500 Kč** denně

2. Úhrada se provádí zálohově obvykle na 30 dní dopředu. První platba se obvykle provádí při nástupu, nejdéle však do sedmi dnů od nástupu do zařízení.

3. Platba se provádí v hotovosti v pokladně hospice nebo bankovním převodem na č. účtu:

123-6346010297/0100, jako variabilní symbol se uvede RČ pacienta.

4. Poskytovatel je povinen předložit uživateli (případně zástupci) vyúčtování při ukončení pobytu a do 15 dnů od ukončení pobytu vrátit případný přeplatek. Nedoplatky budou řešeny při ukončení pobytu. Oboje samozřejmě podléhá případné žádosti notáře, nebo soudu při pozůstalostním řízení.

5. V případě jakéhokoli prokázaného poškození nebo ztráty majetku poskytovatele, je uživatel, který škodu způsobil, povinen způsobenou škodu uhradit do pokladny poskytovatele.

V.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Uživatel prohlašuje, že byl seznámen s vnitřními pravidly Hospice Malovická, v němž se poskytuje sociální služba podle této Smlouvy. Uživatel prohlašuje, že vnitřní pravidla mu byla předána v písemné (*srozumitelné*) podobě, že tato pravidla přečetl a že jim plně porozuměl. Uživatel se zavazuje a je povinen tato pravidla dodržovat.

VI.

Doba platnosti Smlouvy

1. Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou. Smlouva nabývá platnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

2. Smlouva nabývá účinnosti dnem podpisu. Uživatel nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.

VII.

Ukončení platnosti smlouvy

1. Smlouva pozbývá platnosti:

- a) při úmrtí uživatele;
- b) pokud jedna ze stran smlouvu vypoví; smlouva se vypovídá ze strany poskytovatele vždy písemně, uživatel smlouvu vypovídá písemně nebo ústně, a to za přítomnosti alespoň dvou svědků, z nichž jeden je zástupce poskytovatele a druhý je osobou blízkou uživatele; o této výpovědi se pořídí zápis, který oba svědci stvrdí podpisem.

2. Uživatel může smlouvu vypovědět i bez udání důvodu ve výpovědní lhůtě je 7 dní, která začne běžet dnem, kdy je výpověď doručena na sekretariát poskytovatele, pokud se obě strany nedohodnou jinak.

VIII.

Závěrečná ustanovení

1. Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

2. Smlouva může být měněna pouze písemně.

3. Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

4. Smluvní strany prohlašují, že Smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

5. Uživatel souhlasí se zpracováním osobních údajů poskytovatelem služeb v rozsahu nezbytně nutném pro zdravotní, správní a jiné účely v souvislosti s poskytováním služeb po dobu pobytu v hospici a po dobu nezbytně nutnou i po jeho skončení (§ 5, odst. 2, Zákona č. 101/2000 Sb.).

6. Poskytovatel se zavazuje, že s poskytnutými údaji bude nakládáno dle ustanovení zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V Praze dne:

V Praze dne:

.....
za poskytovatele

.....
uživatel

SOUHLAS PACIENTA S POŘÍZENÍM OSOBNÍCH DAT PRO POTŘEBY ZDRAVOTNICKÉHO ZAŘÍZENÍ HOSPICE MALOVICKÁ

Souhlasím s pořízením osobních dat pro potřeby Hospice Malovická a následně jejich zpracování pro potřeby léčebného režimu, kontaktů s orgány státní správy, samosprávy a jejich předávání zdravotním pojišťovnám nebo jiným zdravotnickým zařízením při překladech.

☒

Nesouhlasím s pořízením osobních dat pro potřeby Hospice Malovická a následně jejich zpracování pro potřeby léčebného režimu, kontaktů s orgány státní správy, samosprávy a jejich předávání zdravotním pojišťovnám nebo jiným zdravotnickým zařízením při překladech. *V tomto případě není možná hospitalizace.

☐

V případě nemožnosti pacienta vyslovit souhlas nebo nesouhlas s výše uvedenými podmínkami, vyjádří souhlas nebo nesouhlas rodinný příslušník, doprovázející osoba, případně právnická osoba zastupující pacienta.

Souhlas

☒

Nesouhlas

☐

*V tomto případě není možná hospitalizace

Podpis – na druhé straně...

Datum:

*klikněte na zvolenou variantu