



SMLOUVA O PŮJČENÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK

Půjčitel:

Svitavská nemocnice, a. s., Kollárova 7, 568 25 Svitavy

IČ: 27520552

DIČ: CZ27520552

zastoupena Martinou Daňkovou, DiS.

Půjčovna kompenzačních pomůcek

Tel.: 725 550 102, 461 569 393

Uživatel (jméno, adresa osoby): _____

č. OP: _____

Tel.: _____

Název půjčené kompenzační pomůcky:

_____ ks
_____ ks
_____ ks
_____ ks

Kompenzační pomůcka je půjčena uživateli na dobu od _____ do _____ za půjčovné _____ Kč/den. Vedle uvedeného půjčovného uživatel uhradí půjčitelu také jednorázový manipulační poplatek ve výši _____ Kč a kauci, pokud byla stanovena. Jestliže bude pomůcka vrácena bez závady, náleží vyplacení kauce zpět uživateli.

Způsob platby: Uživatel půjčovné, manipulační poplatek a případně kauci uhradí půjčitelu na základě faktury vystavené půjčitelem. Fakturace proběhne v den uzavření smlouvy. Splatnost faktury je 14 dní, způsob úhrady – bankovním převodem, na pokladně nemocnice a nebo složenkou.

Půjčovné uhrazeno:

na dobu od: _____ do: _____ Kč

na dobu od: _____ do: _____ Kč

na dobu od: _____ do: _____ Kč

na dobu od: _____ do: _____ Kč

Uživatel souhlasí s poskytnutím výše uvedených osobních údajů pro účely evidence půjčení výše uvedené kompenzační pomůcky půjčitelem. Dále uživatel prohlašuje, že se seznámil s platným provozním řádem půjčovny kompenzačních pomůcek a zavazuje se k jeho dodržování. Provozní řád a ceník jsou součástí smlouvy. Tato smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom. Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.

Ve Svitavách dne

_____ za Svitavskou nemocnici, a. s.

_____ podpis uživatele

<u>název pomůcky</u>	<u>vráceno dne</u>	<u>závady</u>

Provozní doba půjčovny kompenzačních pomůcek telefonickou dohodou na telefonním čísle viz. výše.