

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
IČ: 27520536
Svitavská nemocnice
Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy
Tel: 461 569 111



SMLOUVA O PŮJČENÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK

Půjčitel:

Poskytovatel zdravotních služeb:

Nemocnice Pardubického kraje, a.s., Kyjevská 44, 532 03 Pardubice

Místo poskytování zdravotních služeb na pracovišti:

Svitavská nemocnice, Kollárova 7, 568 25 Svitavy

IČO: 27520536

DIC: CZ27520536

zastoupena Bc. Nelou Styblíkovou

Půjčovna kompenzačních pomůcek

Tel.: 725 550 102, 461 569 393

Uživatel (jméno, adresa osoby):

adresa:

číslo OP:

telefon:

Název půjčené kompenzační pomůcky:

_____ ks

Kompenzační pomůcka je půjčena uživateli na dobu od do za půjčovnéKč/měsíc. Vedle uvedeného půjčovného uživatel uhradí půjčitelu také jednorázový manipulační poplatek ve výšiKč a kauciKč. 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

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

_____ podpis uživatele

_____ název pomůcky

_____ vráceno dne

_____ závady

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