UMOWA UŻYCZENIA
nr …….. /2020

Zawarta w dniu ……………………………………..…... w Chojnicach pomiędzy:

**ProMed Sp. z o.o.** z siedzibą w Chojnicach przy ul. Kościerskiej 9, 89-600 Chojnice,
REGON: 383723670, NIP: 555-21-23-329 zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000801334 ,prowadząca zakład leczniczy pod nazwą Centrum Medyczne „GEMINI” w Chojnicach,
ul. Młodzieżowa 35, 89-600 Chojnice, Umowa z NFZ nr **11/002254/SOK/19/20**

Zwanym dalej **„użyczającym”**, reprezentowanym przez upoważnionego pracownika Spółki:

1. ……………………………………………………………………………...

A

Panią/Panem ……………………………………………….…………………………………………………………………………………….,
zam. ....................................................................................................... tel. …………………………………….....,
legitymującą/cym się dowodem osobistym nr ……………………..…….........., PESEL:………………….………………,

Zwanym dalej **„biorącym w użyczenie”,** reprezentowanym przez

1. ……………………………………….…………………. Nr dowodu osobistego …………………………………..…….…………
PESEL ……………………….………………………., będącym dla biorącego w używanie ……………………………….

**Zwanymi dalej „stronami”**

**§ 1**

Przedmiotem niniejszej umowy jest bezpłatne przekazanie aparatu - koncentratora tlenu dla pacjentów kwalifikujących się do objęcia leczeniem tlenoterapii domowej w ramach umowy z NFZ nr 11/002254/SOK/19 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie tlenoterapia domowa.

**§ 2**

1. Użyczający zezwala biorącemu w użyczenie na bezpłatne użytkowanie aparatu – koncentratora tlenu wskazanego w protokole przekazania, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Użyczający przekaże biorącemu w używanie instrukcję obsługi koncentratora tlenu.

**§ 3**

1. *Biorący w użyczenie* oświadcza, że jest osobą niepalącą i zobowiązuje się do bezwzględnego niepalenia papierosów podczas korzystania z koncentratora tlenu oraz oświadcza, że jest w pełni świadomy zagrożeń i niebezpieczeństw wiązanych z paleniem papierosów przez osoby trzecie, w pomieszczeniu przeznaczonym do użytkowania koncentratora tlenu (groźba wybuchu, pożaru, poparzenia itp.) i oświadcza, że w przypadku powstania z tego tytułu jakiejkolwiek szkody – poniesie za nią odpowiedzialność materialną.
2. *Biorący w użyczenie* zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń lekarskich, w tym w szczególności zgłaszania się na badania, wizyty kontrolne itp.
3. ***Biorący w użyczenie* zobowiązuje się do bieżącego i niezwłocznego informowania pielęgniarki Poradni Tlenoterapii o wszystkich swoich pobytach w szpitalu. Informacje należy podać osobiście, telefonicznie dzwoniąc
pod numer 509 575 180, 607 570 037 lub 5239740 33 lub drogą mailową** **rejestracjagemini@promedchojnice.pl**
4. W przypadku niezgłoszenia sytuacji o której mowa w pkt 3, biorący w używanie może zostać obciążony karą umowną w wysokości 20 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, o którym to pobycie biorący w używanie nie poinformował „Użyczającego”.

**§ 4**

1. Biorący w używanie jest zobowiązany do dokładnego sprawdzenia stanu technicznego koncentratora tlenu chwili jego odbioru.
2. W dniu przekazania koncentratora tlenu do eksploatacji, użyczający i biorący w używanie sporządzą i podpiszą protokół przekazania koncentratora tlenu.
3. *Biorący w używanie z chwilą przekazania przejmuje na siebie obowiązek zabezpieczenia i ochrony użyczonego mienia przed kradzieżą i utratą.*
4. *Biorący w używanie zobowiązany jest sprawowania należytej pieczy nad koncentratorem tlenu oraz używania go w sposób zgodny z właściwościami, instrukcją dołączoną do koncentratora tlenu oraz przeznaczeniem.*

**§ 5**

1. *Biorący w użyczenie* zobowiązuje się do natychmiastowego (nie później niż w terminie 7 dni) zwrotu aparatu po zakończeniu lub wygaśnięciu Umowy, w stanie niepogorszonym. W przypadku jego utraty lub uszkodzenia niewynikającego z normalnego użytkowania, *biorący w użyczenie* zobowiązuje się zapłacić *użyczającemu* kwotę odpowiadająca aktualnej na dzień wygaśnięcia umowy cenie nabycia nowego aparatu.
2. *Biorący w użyczenie* zobowiązany jest niezwłocznie (maksymalnie w terminie 2 dni roboczych) powiadomić *Użyczającego* o utracie lub uszkodzeniu.
3. Bez pisemnej zgody *użyczającego* – *biorący w użyczenie* nie ma prawa oddać aparatu do używania osobie trzeciej. W przypadku uzyskania zgody na oddanie aparatu do używania osobie trzeciej, za działania osób trzecich w zakresie stosunków objętych niniejszą umową, *biorący w użyczenie* ponosi odpowiedzialność tak jak za własne działania i zaniechania.
4. *Biorący w użyczenie* nie ponosi kosztów naprawy aparatu wynikających z jego normalnej, codziennej eksploatacji.
5. Podczas trwania umowy z uwzględnieniem jego zażycia w skutek prawidłowego używania, przedmiot umowy powinien odpowiadać poniższym kryteriom:
6. Ogólny wygląd nie może odbiegać od standardowego wyglądu w stosunku do wieku,
7. Elementy zewnętrzne nie mogą nosić śladów uszkodzeń takich jak wgniecenia, deformacje i zarysowania,
8. Elementy zewnętrzne nie mogą być zabrudzone e stopniu przekraczającym zużycie wskutek prawidłowego używania.

**§ 6**

1. *Użyczający* zapewnia biorącemu w użyczenie podstawowe przeszkolenie w zakresie prawidłowej obsługi koncentratora tlenu.
2. *Użyczający* ma prawo do kontroli stanu i sposobu używania przedmiotu umowy, pod warunkiem zawiadomienia biorącego w użyczenie o terminie i miejscu kontroli z siedmiodniowym wyprzedzeniem.

**§ 7**

1. Po rozwiązaniu umowy bądź jej wygaśnięciu z powodu upływu okresu na jaki została zawarta, biorący w używanie zobowiązany jest niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni, do zwrotu koncentratora tlenu wraz z wszelkimi otrzymanymi dokumentami dotyczącymi koncentratora tlenu.
2. W przypadku uchybienia terminowi zwrotu przedmiotu umowy po rozwiązaniu, wygaśnięciu lub zakończeniu umowy, biorący w użyczenie zobowiązany będzie zapłacić użyczającemu karę umowną w wysokości 20 zł (słownie: dwadzieścia zł) za każdy dzień opóźnienia.
3. Przedmiot najmu powinien być zwrócony w stanie technicznym odpowiadającym normalnemu zużyciu.
4. W przypadku stwierdzenia uszkodzeń w koncentratorze tlenu, użyczającemu będzie służyło prawo żądania odszkodowania na zasadach ogólnych.
5. W dniu zwrotu koncentratora tlenu strony umowy podpiszą protokół zwrotu koncentratora tlenu.

**§ 8**

1. Umowa zostaje zawarta na czas leczenia w Poradni Domowego Leczenia Tlenem w Chojnicach.
2. Umowa może zostać rozwiązana przed upływem terminu, o którym mowa w pkt. 1 powyżej:
3. Za porozumieniem stron,
4. Z chwilą zwrotu przedmiotu użyczenia przez *biorącego w użyczenie,*
5. Z chwilą zgonu *biorącego w użyczenie,*
6. Po rozwiązaniu umowy przez *użyczającego* bez zachowania okresu wypowiedzeniu w przypadku stwierdzenia naruszenia przez *biorącego w użyczenie* obowiązków opisanych w § 3 pkt 1, 2,3 .

**§ 9**

Firma ProMed Sp. z o.o. z siedzibą w Chojnicach przy ul. Kościerskiej 9, 89-600 Chojnice zwana dalej ProMed Sp. z o.o., zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuje Panią/Pana, iż:

* Jest administratorem Państwa danych osobowych.
* Inspektorem Ochrony Danych Osobowych (IODO) jest Pan Paweł Bednarz - kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – pawel.bednarz@protonmail.com
* Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych- na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r.
* ProMed Sp. z o.o. zapewnia Państwu realizację uprawnień wynikających z wyżej wymienionego rozporządzenia, tzn. umożliwia Państwu wgląd do własnych danych osobowych, ich sprostowania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie, chyba że przetwarzanie danych wynika z obowiązku narzuconego przez odrębne przepisy prawa.
* Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
* Wszelką korespondencję w sprawach związanych z przetwarzaniem Państwa danych osobowych prosimy kierować na adres siedziby ProMed Sp. z o.o..
* Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat.

Posiadają Państwo prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

**§ 9**

1. W sprawach nieregulowanych niniejszą Umową, mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Sądem właściwym dla rozstrzygnięcia sporów pomiędzy stronami umowy jest sąd właściwy dla siedziby użyczającego
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy dotyczące jej treści wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowa zostaje sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

**Biorący w użyczenie Użyczający**

Załączniki do umowy:

Załącznik numer 1 - Protokół przekazania KONCENTRATORA TLENU

Załącznik numer 2 - Protokół zwrotu KONCENTRATORA TLENU

Chojnice, dnia……….………………..

**PROTOKÓŁ PRZEKAZANIA KONCENTRATORA TLENU**

**nr umowy**……….…  **nr seryjny** …............................... **nr koncentratora** .................

Odbierający (imię, nazwisko, pesel, adres, telefon)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Przekazujący:
**ProMed Sp. z o.o.** z siedzibą w Chojnicach przy ul. Kościerskiej 9, 89-600 Chojnice, REGON: 383723670,
NIP: 555-21-23-329, KRS: 0000801334, prowadząca zakład leczniczy pod nazwą Centrum Medyczne „GEMINI”
w Chojnicach, ul. Młodzieżowa 35, 89-600 Chojnice, Umowa z NFZ nr **11/002254/SOK/19/20**

reprezentowana przez upoważnionego pracownika Spółki:

….........................................................................................

1. Odbierający potwierdza odbiór koncentrator tlenu o w/w numerze seryjnym wraz z kompletem kaniul do nosa, filtrów, zbiornikiem do wody, oraz instrukcją obsługi.
2. **Stan licznika w dniu przekazania ….........................................................**
3. Odbierający oświadcza, że zapoznał się z instrukcją obsługi koncentratora tlenu oraz potwierdza że został przeszkolony w zakresie jego obsługi i zasad użytkowania.
4. Odbierający potwierdza odbiór materiałów informacyjnych na temat tlenoterapii.
5. Odbierający potwierdza, że został poinformowany/a o warunkach korzystania z Domowego Leczenia Tlenem i zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń lekarskich i pielęgniarskich w trakcie Domowego Leczenia Tlenem.
6. **W przypadku osiągnięcia przez koncentrator 8 000 godzin pracy lub wielokrotności 8 000 godzin (tj. 16 000, 24 000) – niezwłocznie powiadomić o tym pracowników CM GEMINI 509 757 180 lub 607 570 037.**
7. **W przypadku zakończenia leczenia lub uszkodzenia koncentratora proszę dzwonić - niezwłocznie powiadomić o tym pracowników CM GEMINI 509 757 180 lub 607 570 037.**
8. Odbierający zobowiązuje się do używania przekazanego sprzętu medycznego zgodnie z jego przeznaczeniem oraz zapewnienia odpowiednich warunków jego przechowywania mających przeciwdziałać jego uszkodzeniom, zniszczeniu lub kradzieży. Odbierający zobowiązuje się do nierozkręcania oraz nieingerowania w stan licznika posiadanego koncentratora tlenu.
9. Za niedopełnienie wyżej wymienionego zobowiązania odbierający gotów jest ponieść koszty finansowe związane z naprawą, wymianą lub zakupem nowego sprzętu medycznego.

…….…………………………………….…………….. …………………………………..…………………..

Data i podpis osoby przekazującej Data i podpis osoby odbierającej

 ProMed Sp. z o.o. (CM GEMINI)

Chojnice, dnia……….………………..

**PROTOKÓŁ ZWROTU KONCENTRATORA TLENU**

**nr umowy**……….…  **nr seryjny** …............................... **nr koncentratora** .................

Przekazujący (imię, nazwisko, pesel, adres, telefon)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Odbierający:
**ProMed Sp. z o.o.** z siedzibą w Chojnicach przy ul. Kościerskiej 9, 89-600 Chojnice, REGON: 383723670,
NIP: 555-21-23-329, KRS: 0000801334, prowadząca zakład leczniczy pod nazwą Centrum Medyczne „GEMINI” w Chojnicach, ul. Młodzieżowa 35, 89-604 Chojnice, Umowa z NFZ nr **11/002254/SOK/19/20**

reprezentowana przez upoważnionego pracownika Spółki:

….........................................................................................

1. Odbierający potwierdza odbiór koncentrator tlenu o w/w numerze seryjnym wraz ze zbiornikiem do wody oraz instrukcją obsługi.
2. **Stan licznika w dniu odbioru ….........................................................**
3. Uwagi:................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................. ............................................................................................................................................................................................

…….……………………………………………….. …………………………………..…………………..

Data i podpis osoby przekazującej Data i podpis osoby odbierającej

 ProMed Sp. z o.o. (CM GEMINI)