

**Umowa o świadczenie usług  
z zakresu rehapilates**

zawarta dnia ..... r. w Warszawie, pomiędzy:

1. Panią/Panem:.....

Zamieszkałą/ym:.....

PESEL:.....

telefon nr:.....

adres poczty elektronicznej:.....

w dalszej części umowy zwaną/zwanym „Pacjentem”

**2. Grupa Lekarska Ortopedicus Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością** z siedzibą w Warszawie (01-389) przy ul. Świetlików 3, wpisaną w rejestrze przedsiębiorców KRS prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla Miasta Stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000393593, NIP 522-298-78-48, REGON 144018764, o kapitale zakładowym w wysokości: 50 000,00 zł., reprezentowaną na podstawie pełnomocnictwa z dnia 01.03.2022 r. przez:

- ..... – pełnomocnika,

w dalszej części umowy zwaną „Form GL”

została zawarta umowa następującej treści:

**§1.**

Na mocy niniejszej Umowy Pacjent zleca a Form GL zobowiązuje się do wykonania usługi medycznej polegającej na przeprowadzeniu zabiegów rehapilates dalej zwanymi „Zabiegami”, polegających na bieżącym prowadzeniu względem Pacjenta zabiegów rehapilates, zgodnie ze stanem zdrowia Pacjenta oraz wskazaniami personelu prowadzącego leczenie Pacjenta.

**§2.**

1. Miejscem przeprowadzania Zabiegów jest klinika Form Grupa Lekarska w Warszawie przy ul. Świetlików 3.
2. Form GL dostarcza wszelkie urządzenia i materiały niezbędne do przeprowadzenia Zabiegów.
3. W ramach niniejszej Umowy Form GL zobowiązuje się do przeprowadzenia **20 (dwudziestu)** zabiegów, z których każde będą składały się z 60 (sześćdziesiąt) minut terapii pod nadzorem terapeuty, do wykorzystania w terminie do 6 miesięcy od daty zakupu.
4. Zabiegi przeprowadzone zostaną w terminach wskazanych w Harmonogramie zajęć stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
5. Jakakolwiek zmiana Załącznika nr 1 wskazanego w ust. 3 wymaga zgodnej woli Stron w tym zakresie, oraz zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
6. Zarezerwowaną wizytę należy odwołać najpóźniej w dniu roboczym, poprzedzającym umówione zajęcia do godziny 19:00 – telefonicznie (22 666 95 95), osobiście (ul. Świetlików 3) lub przez e-mail (rejestracja@ortopedicus.eu). W innym wypadku wizytę uznaje się za wykorzystaną.

**§ 3.**

1. W ramach niniejszej Umowy Form GL zobowiązane jest do:
  - a) przygotowania Zabiegów i ich przeprowadzenia w terminach wskazanych w Załączniku nr 1, Zajęcia przeprowadzone zostaną przez terapeutę,
  - b) zapewnienia konsultacji terapeuty z lekarzem w razie zajścia takiej potrzeby
  - c) zapewnienia, iż Zabiegi odbywać się będą w grupach maksymalnie 3-osobowych.
2. W ramach niniejszej Umowy Pacjent zobowiązany jest do:
  - a) uczestniczenia w Zabiegach w terminach wskazanych w Załączniku nr 1, w tym stosowania się do wszelkich zaleceń terapeuty,
  - b) odbywania Zabiegów w luźnym stroju nie ograniczającym ruchów, z własnym ręcznikiem oraz klapkami (lub skarpetkami), bez udziału osób trzecich (w szczególności dzieci),
  - c) stawienia się na Zabiegi w wyznaczonym Załącznikiem nr 1 terminie, z 15-minutowym wyprzedzeniem,
  - d) poinformowania terapeuty przed rozpoczęciem Zabiegu o każdym przypadku złego samopoczucia (wysoka temperatura, podwyższone ciśnienie, itp.), jak też o każdej ze znanych Pacjentowi chorób współistniejących (nowotwory, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, padaczka, żółtaczką, łuszczyca, AIDS, itp.), jak też o ewentualnej ciąży Pacjenta,
  - e) zapłaty wynagrodzenia ryczałtowego, wskazanego w §4
3. Form GL zobowiązuje się do przeprowadzenia Zabiegów z najwyższą starannością, zgodnie ze sztuką medyczną.

**§ 4.**

1. Z tytułu wykonania przedmiotu niniejszej Umowy, Form GL należne będzie od Pacjenta wynagrodzenie ryczałtowe, w wysokości **2.720,00zł** (słownie: dwa tysiące siedemset dwadzieścia złotych) z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wynagrodzenie ustalone w ust. 1 nie będzie zmniejszane w żadnym przypadku, także w oparciu o ewentualne rabaty, zniżki itp. należne Pacjentowi na odrębnej podstawie – w przypadku uprawnienia Pacjenta do ewentualnych rabatów, zniżek itp. należnych Pacjentowi na odrębnej podstawie, nie będą one pomniejszały wynagrodzenia wskazanego w ust. 1.
3. Wynagrodzenie wskazane w ust. 1 obejmuje wszystkie koszty niezbędne do przeprowadzenia Zabiegów, w tym koszt użytych urządzeń i materiałów. Form GL nie może domagać się zwiększenia wynagrodzenia ryczałtowego w żadnym przypadku, także jeśli zwiększone zostały koszty wykonania przedmiotu niniejszej Umowy. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 Pacjent zobowiązany jest wpłacić w dniu podpisania umowy gotówką/kartą w kasie Form GL lub przelewem na konto Form GL nr konta bankowego do przelewu:  
**mBANK 13 1140 1049 0000 4700 0300 1001.**

**§ 5.**

1. Spory, jakie mogą wyniknąć z niniejszej umowy, strony poddają rozstrzygnięciu właściwemu sądowi powszechnemu.
2. Zmiana postanowień umowy wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Umowę sporządzono w 2 egzemplarzach po 1 dla każdej ze stron.
4. Załącznikiem nr 1 do niniejszej Umowy jest Harmonogram zajęć, ustalony indywidualnie z Pacjentem przy podpisaniu niniejszej Umowy.

.....  
Form GL

.....  
Pacjent