

UMOWA O ŚWIADCZENIA MEDYCZNE

zawarta w dniuroku w Chorzowie, pomiędzy Panią/Panem

.....

zamieszkałą/zamieszkałym w

.....

.....

posiadającą/posiadającym nr PESEL

.....

posługującą/posługujący się paszportem o numerze

.....

zwaną/ zwanym dalej Uczestnikiem

a

BetaMed S.A. z siedzibą przy ul. Barbary 21, 40-663 Katowice, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice-Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000441338, NIP 634-28-13-703, REGON 243115255, kapitał zakładowy 3.000.000,00 PLN opłacony w całości, którą reprezentuje:

Beata Drzazga – Prezes Zarządu

zwaną w dalszej części Umowy Organizatorem

została zawarta Umowa następującej treści:

**Niepotrzebne skreślić*

§1 PRZEDMIOT UMOWY

1. Przedmiotem Umowy jest udzielenie świadczeń medycznych w placówce Organizatora BetaMed Medical Active Care w Chorzowie przy ulicy Raławickiej 20A w ramach Programu:
„Program dla Zdrowia – kompleksowy screening stanu zdrowia”
Wariant I: 24 godziny dla Twojego zdrowia – Program Podstawowy*
Wariant II: Tydzień dla Twojego zdrowia – Program rozszerzony*,
którego celem jest przeprowadzenie szeregu badań, konsultacji – w zależności od wybranego wariantu Programu, mających na celu kompleksowy przegląd stanu zdrowia Uczestnika na warunkach, które znajdują Państwo w niniejszej Umowie oraz Regulaminie „Program dla zdrowia – kompleksowy screening stanu zdrowia”(zwanym dalej „Regulaminem”).
2. Miejscem wykonywania badań, przeprowadzania konsultacji lekarskich, zabiegów rehabilitacyjnych i innych jest BetaMed S.A., ul. Raławicka 20A w Chorzowie. Badania i konsultacje będą realizowane przez personel Organizatora posiadający odpowiednie wymagane prawem kwalifikacje zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z wykorzystaniem warunków technicznych jakimi dysponuje Organizator.
3. Uczestnik zobowiązuje się do przybycia do BetaMed Medical Active Care w Chorzowie przy ulicy Raławickiej 20A, na własny koszt, w ustalonym w Umowie terminie.
4. Uczestnik zobowiązuje się do udzielenia Organizatorowi pełnej i wszechstronnej informacji na temat swojego stanu zdrowia, tj.: przebytych i obecnych chorobach, urazach, reakcjach alergicznych, przyjmowanych lekach (szczególnie: antydepresyjne, psychotropowe, spazmolityczne, stosowane w leczeniu anemii, nadciśnieniowe, cukrzycowe oraz cytostatyczne i immunosupresyjne oraz inne, np. stosowane w przebiegu choroby nowotworowej), ciąży itp., a także do poinformowania o wszystkim, co może wpłynąć na wynik badań lub terapii, np. niewłaściwe przygotowanie do badania lub zabiegu (np. stosowanie restrykcyjnych diet lub uprawianie intensywnej aktywności fizycznej).
5. Organizator zobowiązuje się do realizacji Przedmiotu Umowy zgodnie z Regulaminem oraz zgodnie z obowiązującymi Organizatora przepisami prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polski.

§2 TERMIN REALIZACJI

1. Usługa, o której mowa w § 1 ust. 1 zostanie wykonana w terminie
Wszelkie świadczenia nieobjęte niniejszą Umową są dodatkowo płatne zgodnie z cennikiem Organizatora dostępnym w Rejestracji, w placówce BetaMed medical Active Care w Chorzowie przy ul. Raławickiej 20a oraz na stronie internetowej placówki pod adresem www.betamed.pl.
2. W przypadku, kiedy wywiązanie się z postanowień Umowy przez Organizatora nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Organizatora lub z powodu siły wyższej, Uczestnik zostanie o tym powiadomiony niezwłocznie. W takim przypadku Strony powinny uzgodnić nowy termin

**Niepotrzebne skreślić*

wykonania usług przez Organizatora. Zmiana terminu wymaga pisemnej zgody Uczestnika, która może zostać przekazana przez niego również drogą elektroniczną na adres Organizatora www.betamed.pl. Uczestnik wskazuje, że jego adresem e-mail, za pośrednictwem którego może być z nim prowadzona korespondencja, także dotycząca zmiany terminu wykonania usługi jest następujący adres e-mail

§3 WYNAGRODZENIE

1. Uczestnik zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia w zależności od wyboru wariantu Programu w wysokości:
 - a) Program podstawowy: 3.900,00zł (słownie trzy tysiące dziewięćset złotych)
 - b) Program rozszerzony: 8.900,00zł (słownie osiem tysięcy dziewięćset złotych).z zastrzeżeniem ustępów poniższych, nie później niż w terminie 7 dni przed wykonaniem umowy. Opłata za świadczenia nie objęte umową nastąpi w dniu ich wykonania w recepcji Organizatora.
2. Po dokonaniu rezerwacji udziału w Programie Uczestnik jest zobowiązany do wpłaty zaliczki na poczet jego udziału w Programie w wysokości 30% ceny wybranego wariantu określonej w ust. 1.
3. Płatność wynagrodzenia może zostać dokonana:
 - a) Przelewem na rachunek bankowy Organizatora
ALIOR Bank SA nr 03 2490 0005 0000 4600 3774 2005.
 - b) Kartą płatniczą lub gotówką w recepcji Organizatora.
4. W przypadku braku wpłaty ceny we wskazanym w ust. 1 powyżej terminie Organizator może odstąpić od Umowy żądając jednocześnie od Uczestnika pokrycia poniesionych kosztów związanych z przygotowaniem się Organizatora do realizacji Programu. Koszty zostaną przedstawione uczestnikowi na piśmie z wyznaczeniem 14 dniowego terminu zapłaty.
5. W przypadku niewykonania przedmiotu Umowy z winy Organizatora, Organizator zobowiązuje się do zwrotu wpłaconej przez Uczestnika Zaliczki, jednakże Organizator ma prawo potrącenia z kwoty Zaliczki uzasadnionych kosztów poniesionych przez Organizatora w związku z przygotowaniem Programu. Zwrot nastąpi w terminie 14 dni od dnia, w którym Organizator poinformował Uczestnika o odwołaniu wykonania usługi (nie dotyczy to zmiany terminu wykonania usługi).
6. W przypadku wykupienia pakietu, którego termin realizacji ustalono na mniej niż 7 dni od dnia zawarcia umowy Uczestnik ma obowiązek niezwłocznie, nie później niż przed upływem tego terminu do zapłaty 100% ceny. Brak wpłaty będzie stanowił podstawę do odstąpienia przez Organizatora od umowy i naliczenia kosztów jak w ust. 4 powyżej.
7. Uczestnik, może jeśli istnieją ku temu przesłanki (wynikające z przeprowadzonych badań i konsultacji lekarskich) poddać się dodatkowym badaniom, zabiegom, konsultacjom (usługi stomatologiczne, zabiegi chirurgiczne itp.); wówczas Uczestnik zobowiązany jest do zapłaty za

dodatkowo wykonane usługi według Cennika obowiązującego w placówce. Opłata za świadczenia medyczne nie objęte Programem nastąpi w dniu ich wykonania w recepcji Organizatora.

8. W przypadku rezygnacji lub nieskorzystania przez Uczestnika z wybranego przez niego Wariantu Programu będącego przedmiotem umowy, z jakichkolwiek przyczyn leżących po stronie Uczestnika, wpłacona przez niego Zaliczka zostanie zaliczona na poczet poniesionych przez Organizatora uzasadnionych kosztów przygotowania się do realizacji przedmiotu Umowy. O fakcie rezygnacji lub nieskorzystania z przedmiotu Umowy Uczestnik jest zobowiązany poinformować Organizatora na piśmie.
9. Organizator z tytułu realizacji umowy i wpłaty przez uczestnika zaliczki wystawi Uczestnikowi fakturę zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

§4 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Za szkody wyrządzone przez Uczestnika w mieniu Organizatora, Uczestnik odpowiada na zasadach ogólnych.
2. Niniejsza Umowa podlega prawu polskiemu i będzie interpretowane zgodnie z przepisami tego prawa.
3. W zakresie nieuregulowanym w niniejszej Umowie zastosowanie mają postanowienia Regulaminu, Cennika oraz przepisy Kodeksu cywilnego.
4. W Regulaminie znajdują się:
 - a) Zasady udziału w Programie
 - b) Zakres świadczeń dostępnych w Programie
5. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej Umowy Strony będą starały się rozstrzygać w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia sadem właściwym do rozstrzygnięcia sporu będzie Sąd właściwy dla siedziby Organizatora.
6. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności z zastrzeżeniem, że zasada ta nie dotyczy ustalenia nowego terminu wykonania usługi.
7. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze Stron.

Oświadczam, że:

- zapoznałem się z postanowieniami Regulaminu oraz Cennika i zgadzam się z ich treścią

UCZESTNIK

ORGANIZATOR

**Niepotrzebne skreślić*