



SAMODZIELNY  
PUBLICZNY SZPITAL  
KLINICZNY NR 2  
PUM w Szczecinie

Szczecin, dnia ..06..03..2020 r.

Załącznik  
do Zarządzenia nr ..56/2020..  
Dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie  
z dnia ..06.03.2020..r.

## REGULAMIN

### UDZIELANIA ODPLATNYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 2 PUM w Szczecinie (SPSK-2)

- I. Zgodnie § 111 Regulaminu organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie (SPSK-2) może udzielać świadczeń zdrowotnych odpłatnie.
- II. Celem niniejszego Regulaminu jest określenie zasad dotyczących udzielania odpłatnych świadczeń poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- III. Odpowiedzialność za prawidłowe funkcjonowanie odpłatnego udzielania świadczeń zdrowotnych ponoszą:
  - 1) w zakresie nadzoru nad standardami udzielanych świadczeń – lekarz kierujący kliniką/zakładem/oddziałem, kierownik przychodni, (wymienione osoby funkcyjne mogą również udzielać odpłatnych świadczeń zdrowotnych),
  - 2) w zakresie zgodności dokumentacji związanej z odpłatnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych - pracownicy jednostek i komórek organizacyjnych udzielających tych świadczeń,
  - 3) w zakresie wnoszenia opłat - pracownik pionu głównego księgowego (kasy), działu sprzedaży usług medycznych oraz punktu kasowego (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej),
  - 4) w zakresie wyceny planowanego świadczenia – kierownik danej komórki organizacyjnej i pracownik działu kontrolingu, planowania i rozwoju oraz pracownik działu sprzedaży usług medycznych,
  - 5) w zakresie wystawiania faktur – właściwy pracownik działu finansowo – księgowego, działu sprzedaży usług medycznych, Kasy Głównej oraz Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej.

#### IV. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 PUM w Szczecinie (SPSK-2), zwany dalej Szpitalem, udziela odpłatnych badań diagnostycznych, laboratoryjnych, konsultacji specjalistycznych oraz pozostałych procedur i świadczeń medycznych (zwanymi dalej świadczeniami zdrowotnymi), poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.
2. Odpłatne świadczenia zdrowotne hospitalizacyjne mogą być udzielane wszystkim osobom, zwanych dalej Klientem, które występując ze stosownym wnioskiem wyrażą chęć skorzystania z odpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz podpiszą umowę na udzielanie tych świadczeń w przypadkach określonych niniejszym regulaminem. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 1 do niniejszego regulaminu. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.
3. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez poradnie specjalistyczne, osoby zwane dalej Klientem, występują ze stosownym wnioskiem (załącznik nr 1), wyrażając tym samym chęć skorzystania z odpłatnych świadczeń zdrowotnych, ale nie podpisują umowy, o której mowa powyżej. Wniosek może zostać podpisany w dniu umówionej konsultacji.
4. Załączniki nr 1 i nr 2 do Regulaminu nie mają zastosowania przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownię Cytogenetyki, Pracownię Patomorfologii oraz Zakład Diagnostyki Rentgenowskiej w zakresie wykonywania zdjęć RTG.
5. Odpłatne świadczenia zdrowotne realizowane są w sposób nieograniczający dostępu do świadczeń dla pacjentów korzystających z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego leczonych w ramach klinik, oddziałów, poradni i pracowni specjalistycznych i ośrodka dziennej rehabilitacji kardiologicznej.
6. Odpłatne ambulatoryjne świadczenia zdrowotne realizowane są po godzinach służbowych lub po zakończeniu normalnej ordynacji planowanej na dany dzień wg obowiązującego cennika, a wynagrodzenie personelu medycznego za wykonane badanie diagnostyczne, procedurę medyczną lub konsultację specjalistyczną określają odrębne przepisy i ustalenia.
7. Udzielenie świadczenia zdrowotnego, związanego z hospitalizacją, poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego jest możliwe tylko i wyłącznie po przeprowadzeniu wcześniejszej konsultacji pacjenta przez lekarza specjalistę w danej dziedzinie medycyny (zgodnie z załącznikiem nr 1 do Regulaminu), podpisaniu umowy na udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych i dokonaniu płatności zgodnie z zawartą umową.
8. Odpłatne świadczenia zdrowotne w Szpitalu udzielane są wyłącznie przez osoby posiadające uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.
9. Po udzieleniu odpłatnego świadczenia zdrowotnego lekarz wypisuje Klientowi zalecenia co do dalszego postępowania.
10. Po zakończeniu udzielania odpłatnych świadczeń dokumentacja medyczna Klienta z wykonanego badania lub procedury medycznej przechowywana jest w sposób określony obowiązującymi przepisami i podlega prawnej ochronie.

## V. OBSŁUGA KLIENTÓW

1. Wszelkie czynności związane z realizacją odpłatnych świadczeń zdrowotnych na rzecz Klientów zapewniają pracownicy (lekarze, pielęgniarki, sekretarki medyczne) jednostek i komórek organizacyjnych szpitala udzielających tych świadczeń.
2. Do zadań pracowników określonych w ust. 1 należy w szczególności:
  - 1) udzielanie Klientowi informacji dotyczących odpłatnych świadczeń zdrowotnych w klinice, oddziale, poradni, pracowni czy w zakładzie (zakres, zasady, cena, opis świadczenia, ustalenie przybliżonego terminu usługi, itd.). Ponadto, udzielenie informacji o możliwych następstwach i konsekwencjach planowanego świadczenia medycznego.
  - 2) prowadzenie listy Klientów oczekujących,
  - 3) przyjmowanie wniosków o wykonanie odpłatnego świadczenia zdrowotnego,
  - 4) informowaniu Klientów o formie i miejscu uiszczania opłat za odpłatne świadczenia zdrowotne,
  - 5) współpraca z Wydziałem Kontrolingu, Planowania i Rozwoju w zakresie aktualizacji listy procedur odpłatnych, znajdujących się w cenniku SPSK-2,
  - 6) dbałość o zapewnienie wysokiego standardu obsługi Klientów.
3. Odpłatne świadczenia zdrowotne udzielane są zgodnie z zasadami, określonymi w procedurze o której mowa w pkt VI niniejszego regulaminu.

## VI. PROCEDURA UDZIELENIA ODPLATNEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNEGO

### Zasady ogólne

1. Klient zainteresowany udzieleniem odpłatnego świadczenia zdrowotnego zgłasza chęć podjęcia leczenia pisemnie na adres szpitala lub e-mailowo na podany poniżej adres poczty elektronicznej, osobiście lub telefonicznie. Punkt nie ma zastosowania w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Pracownię Cytogenetyki, Pracownię Patomorfologii, Zakład Diagnostyki Rentgenowskiej w zakresie wykonania zdjęć RTG
2. Dane kontaktowe do rejestracji/ informacji poszczególnych komórek organizacyjnych udzielających odpłatnych świadczeń zdrowotnych są następujące:
  - 1) rejestracja do poradni specjalistycznych przychodni w dni robocze w godz. 7.30 – 14.30 – tel. 4661322, email: [przyklinikna@spsk2-szczecin.pl](mailto:przyklinikna@spsk2-szczecin.pl) oraz:
    - a) poradnia alergologiczna – tel. 91 466 1856, 4661646, email: [alergologia@spsk2-szczecin.pl](mailto:alergologia@spsk2-szczecin.pl),
    - b) poradnia badań prenatalnych – tel. 91 4661565, email: [prenatalne@spsk2-szczecin.pl](mailto:prenatalne@spsk2-szczecin.pl),
    - c) poradnia kardiologiczna – tel. 91 4661244/38644, email: [por.kardiologiczna@spsk2-szczecin.pl](mailto:por.kardiologiczna@spsk2-szczecin.pl),
    - d) poradnia genetyczna badań nienowotworowych – tel. 91 4661187,
  - 2) rejestracja do klinik/oddziałów szpitalnych (sekretarki medyczne) w dni robocze w godz. 7.30 – 14.30,

- a) Klinika chirurgii ogólnej i transplantacyjnej – tel. 91 4661128, email: [chirurgia.transplantacyjna@spsk2-szczecin.pl](mailto:chirurgia.transplantacyjna@spsk2-szczecin.pl),
  - b) Klinika chirurgii naczyniowej, ogólnej i angiologii – tel. 91 4661156, email: [chirurgia.naczyniowa@spsk2-szczecin.pl](mailto:chirurgia.naczyniowa@spsk2-szczecin.pl),
  - c) Klinika urologii i onkologii urologicznej –tel. 01 4661101, email: [urologia@spsk2-szczecin.pl](mailto:urologia@spsk2-szczecin.pl),
  - d) I Klinika okulistyki –tel. 91 4838600, email: [okulistyka1@spsk2-szczecin.pl](mailto:okulistyka1@spsk2-szczecin.pl),
  - e) II Klinika okulistyki – tel. 91 4661293, email: [okulistyka@spsk2-szczecin.pl](mailto:okulistyka@spsk2-szczecin.pl),
  - f) Klinika ginekologii operacyjnej i onkologii ginekologicznej dorosłych i dziewcząt – tel. 91 4661332, email: [katklgin@pum.edu.pl](mailto:katklgin@pum.edu.pl),
  - g) Klinika położnictwa i ginekologii – tel. 91 4661350, email: [poloznictwo@spsk2-szczecin.pl](mailto:poloznictwo@spsk2-szczecin.pl),
  - h) Klinika kardiochirurgii – tel. 91 4661392, email: [kardiochirurgia@spsk2-szczecin.pl](mailto:kardiochirurgia@spsk2-szczecin.pl),
  - i) Klinika kardiologii z intensywnym nadzorem kardiologicznym – tel. 91 4661378, email: [kardiologia@spsk2-szczecin.pl](mailto:kardiologia@spsk2-szczecin.pl),
  - j) Klinika nefrologii, transplantologii i chorób wewnętrznych – tel. 91 4661196, email: [nefrologia@spsk2-szczecin.pl](mailto:nefrologia@spsk2-szczecin.pl),
  - k) Oddział onkologii klinicznej – tel. 91 4661337, email: [chemioterapia@spsk2-szczecin.pl](mailto:chemioterapia@spsk2-szczecin.pl),
  - l) Oddział rehabilitacji kardiologicznej – tel. 91 4661455, email: [rehabilitacja@spsk2-szczecin.pl](mailto:rehabilitacja@spsk2-szczecin.pl),
  - m) Klinika anestezjologii, intensywnej terapii i ostrych zatruc – tel. 91 4661144, email: [oiom@spsk2-szczecin.pl](mailto:oiom@spsk2-szczecin.pl),
  - n) Zakład Diagnostyki Rentgenowskiej – tel. 91 4661174, email: [rtg@spsk2-szczecin.pl](mailto:rtg@spsk2-szczecin.pl),
  - o) Zakład Radiologii Zabiegowej – tel. 91 4661169, email: [zrz@spsk2-szczecin.pl](mailto:zrz@spsk2-szczecin.pl).
  - p) Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej – tel. 91 4661230, email: [zdl@spsk2-szczecin.pl](mailto:zdl@spsk2-szczecin.pl),
  - q) Zakład Patomorfologii – tel. 91 4661270, email: [patomorfologia@spsk2-szczecin.pl](mailto:patomorfologia@spsk2-szczecin.pl),
  - r) Centralna Pracownia Endoskopii – tel. 91 4661213, email: [endoskopia@spsk2-szczecin.pl](mailto:endoskopia@spsk2-szczecin.pl),
  - s) Pracownia Cytogenetyki – tel. 91 4838631, email: [cytogenetyka@spsk2-szczecin.pl](mailto:cytogenetyka@spsk2-szczecin.pl),
  - t) Ośrodek Dializ – tel. 4661223, email: [dializa@spsk2-szczecin.pl](mailto:dializa@spsk2-szczecin.pl).
3. Pracownicy jednostek i komórek organizacyjnych określonych w ust. 2 przedstawiają Klientowi informację dotyczącą odpłatnych świadczeń zdrowotnych wraz z cennikiem i podstawowymi zasadami ich udzielania określonymi w niniejszym *Regulaminie*. Ponadto pracownicy udzielają Klientowi na bieżąco także wszelkich innych informacji i wyjaśnień związanych z udzieleniem odpłatnych świadczeń.

#### **Zasady udzielania porad specjalistycznych**

4. Po podjęciu decyzji przez Klienta pracownicy, po ustaleniu możliwości przyjęcia Klienta, dokonują ustalenia terminu przyjęcia (po wcześniejszym uzgodnieniu z lekarzem kierującym kliniką/kierownikiem komórki organizacyjnej, w której odbywać będzie się leczenie), informując równocześnie Klienta o konieczności wniesienia opłaty w wysokości pełnego kosztu świadczenia.
5. W przypadku prowadzenia z Klientem uzgodnień w lokalu szpitala, pracownicy danej rejestracji przekazują mu do wypełnienia „*Wniosek o leczenie poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”.
6. W przypadku prowadzenia uzgodnień pisemnie, telefonicznie, e-mailowo lub za pośrednictwem osoby bliskiej, pracownicy ustalają termin przyjęcia, a „*Wniosek .....*” przekazany zostaje Klientowi do wypełnienia w dniu przyjazdu do Szpitala.
7. W przypadku konsultacji lekarskiej przed udzieleniem odpłatnego świadczenia hospitalizacyjnego „*Wniosek o leczenie poza systemem powszechnego ubezpieczenia*” należy uzupełnić o opinię lekarza.
8. Na podstawie podpisanego „*Wniosku o leczenie poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego*” wystawiane jest zlecenie na wystawienie faktury, którą Klient opłaca przed udzieleniem świadczenia.

#### **Zasady udzielania świadczeń hospitalizacyjnych**

9. Pracownik sekretariatu danej Kliniki/oddziału dokonuje ustalenia terminu konsultacji specjalistycznej Klienta, celem wydania opinii lekarskiej o stanie jego zdrowia i możliwości przeprowadzenia świadczenia, informując równocześnie Klienta o konieczności wniesienia opłaty. Za konsultację lekarską Klient uiszcza opłatę przed jej udzieleniem, zgodnie z zasadami udzielania porad specjalistycznych.
10. Klient, który uzyskał pozytywną opinię lekarza podpisuje w sekretariacie danej jednostki lub komórki organizacyjnej udzielającej świadczenie, Umowę o komercyjne udzielanie świadczeń zdrowotnych. Po podpisaniu umowy przez Klienta, sekretariat danej jednostki przekazuje podpisaną umowę wraz z załącznikiem nr 1 do sekretariatu SPSK-2, celem podpisania przez Dyrektora Szpitala. Po podpisaniu umowy przez Dyrektora, umowa podlega zarejestrowaniu w „rejestrze umów” i jeden egzemplarz przechowywany jest w Dziale Organizacyjno – Prawnym, a drugi egzemplarz przekazywany jest Klientowi.
11. Zgodnie z zawartą umową, po wniesieniu odpłatności, Klient zostaje przyjęty, w ustalonym terminie, we właściwej izbie przyjęć oraz następnie jest kierowany do odpowiedniej kliniki w celu wykonania świadczenia.
12. Klient może zmienić termin udzielanego świadczenia na inny pod warunkiem zgłoszenia takiego zamiaru nie później niż 2 dni robocze przed wyznaczonym terminem i posiadania przez Szpital możliwości na udzielenie odpłatnego świadczenia zdrowotnego. Przez dni robocze należy rozumieć dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy i świąt.

## VII. ZASADY ODPLATNOŚCI

1. Świadczenia zdrowotne udzielane są po dokonaniu wpłaty całości uzgodnionej kwoty wynikającej z cennika szpitala bądź zgodnie z warunkami zawartej umowy. W przypadku świadczenia hospitalizacyjnego, gdzie wysokość odpłatności uzależniona jest od czasu pobytu Klienta w szpitalu, możliwe jest częściowe dokonanie płatności przed udzieleniem świadczenia. Jednakże cała płatność musi zostać uiszczona najpóźniej w dniu wypisu Klienta ze szpitala.
2. W przypadku rezygnacji ze świadczenia, dokonana zgodnie z ust.1 wpłata zostanie zwrócona Klientowi.
3. W przypadku nie udzielenia świadczenia z winy Szpitala, uiszczona wpłata niezwłocznie zostaje zwrócona Klientowi, w sposób przez niego wskazany lub w ten sam sposób, w jaki została dokonana płatność.
4. Wpłaty za świadczenia zdrowotne można dokonać przelewem na rachunek bankowy Szpitala: 19 1130 1176 0022 2136 0820 0004 lub bezpośrednio w kasie szpitala, w dziale sprzedaży usług medycznych w godzinach 7.30 – 14.30 lub w punkcie kasowym (Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej) w godzinach 7.30 – 18.00. W przypadku płatności przelewem, wpłata musi zostać dokonana co najmniej 3 dni przed udzieleniem świadczenia.
5. W tytule przelewu powinny znaleźć się następujące informacje: imię, nazwisko, nr PESEL Klienta oraz rodzaj zaplanowanego badania diagnostycznego lub procedury medycznej z dniem planowanego wykonania.
6. Ustala się zasady postępowania z opłatami za świadczenia zdrowotne poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego:
  - 1) w przypadku zaistnienia konieczności dokonania zwrotu pobranej należności od Klienta, zwrot uiszczonej opłaty może nastąpić na podstawie dokumentu potwierdzającego nie zrealizowanie zaplanowanego świadczenia zdrowotnego,
  - 2) w przypadku pobrania opłaty przez pracownika działu sprzedaży usług medycznych lub Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej - jest on zobowiązany do przekazania pobranej kwoty do Kasy Głównej Szpitala.

## VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem podpisania.
2. Wszelkie zmiany w Regulaminie mogą być dokonywane tylko w formie pisemnej.
3. Tekst niniejszego Regulaminu otrzymują kierownicy medycznych komórek organizacyjnych Szpitala celem jego przestrzegania oraz zapoznania z jego treścią podległych im pracowników.

**DYREKTOR**  
**Marcin SYGUT**

Wykonali:  
Miroslaw Siudak, tel. 91 4661042  
Iwona Urdas tel. 91 4661048

**WNIOSEK**  
**o odpłatną ambulatoryjną konsultację/poradę specjalistyczną, odpłatne badania**  
**diagnostyczne/ procedurę medyczną**  
**(poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego)**  
**w SPSK-2 w Szczecinie**

Szczecin, dnia .....

Imię i nazwisko	.....
PESEL	.....
Adres zamieszkania	.....
Nr telefonu/ kontakt email	.....

Niniejszym proszę o udzielenie odpłatnego świadczenia zdrowotnego:	<p>Wpisać nazwę porady ambulatoryjnej, badania diagnostycznego, procedury medycznej bądź świadczenia związanego z hospitalizacją:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

.....  
 podpis Klienta

<p><b>Opinia lekarza udzielającego konsultacji (tylko w przypadku hospitalizacji) do udzielenia odpłatnego świadczenia (badania diagnostycznego, zabiegu operacyjnego lub hospitalizacji):</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">data, pieczęć i podpis lekarza</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Za wnioskowane/ą przeze mnie badanie diagnostyczne lub procedurę medyczną **zobowiązuję się** zapłacić kwotę zgodną z cennikiem Szpitala za odpłatne świadczenia zdrowotne przed udzieleniem mi świadczenia zdrowotnego.

.....  
 podpis Klienta

**Oświadczam, że:**

1. Zostałem/am poinformowany/-a i przyjmuję do wiadomości, że świadczenia zdrowotne udzielane poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (odpłatne) nie podlegają refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
2. Jest mi wiadomym, że wnioskowane świadczenia można wykonać nieodpłatnie w ramach ubezpieczenia zdrowotnego w SPSK-2 lub innych placówkach służby zdrowia, ale z tej możliwości świadomie rezygnuję.
3. Zapoznałem/tam się z Regulaminem odpłatnego udzielania świadczeń i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
 podpis Klienta

**UMOWA**  
**na udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych w ramach hospitalizacji**  
(zwana w dalszej części „Umową”)

zawarta w Szczecinie w dniu ..... pomiędzy:

**Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 2 PUM** z siedzibą w Szczecinie (70-111) al. Powstańców Wielkopolskich 72, REGON 000288900, NIP: 9551908958 zwanym dalej „Szpitalem” reprezentowanym przez:  
*Marcina Syguta- Dyrektora*

a

**Panią/Panem** ..... adres: .....  
PESEL: ..... adres do korespondencji: .....  
e-mail/ tel. .... zwaną/ym w dalszej części umowy „Klientem”

W związku z wnioskiem Klienta z dnia ..... o wykonanie przez Szpital odpłatnych świadczeń medycznych, Strony zawierają umowę o następującej treści:

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest wykonanie przez Szpital za wynagrodzeniem na rzecz Klienta świadczenia zdrowotnego polegającego na (wraz z podaniem grupy JGP, jeżeli dotyczy):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....zwanymi w dalszej Umowy łącznie „Świadczeniami”
2. Świadczenia opisane w ust 1 zostaną wykonane w Klinice/Oddziale ..... Szpitala.

**§ 2**

Strony ustalają następujące terminy wykonania Świadczeń, określonych w § 1 ust. 1 pkt .....:  
- termin rozpoczęcia - ....., przewidywany termin zakończenia - .....

**§ 3**

Szpital zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 Umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną. Ponadto Szpital oświadcza, że posiada wymagane uprawnienia i wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania Świadczeń.

**§ 4**

1. Warunkiem niezbędnym udzielenia Świadczeń jest kwalifikacja lekarska dokonana przez lekarza Szpitala, po uprzednim przedłożeniu wyników wszystkich zleconych Klientowi badań.
2. Klient zobowiązany jest zapewnić we własnym zakresie na okres udzielania Świadczenia przedmioty codziennego użytku, takie jak: odzież, szlafrok, piżama, odzież sportowa, środki higieny osobistej, w tym w szczególności zobowiązany jest do zabezpieczenia się na cały okres w leki, które regularnie zażywa.

**§ 5**

1. Klient został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, Regulaminie organizacyjnym Szpitala, pouczony o sposobie przygotowania się do pobytu w Szpitalu, podpisał świadomą zgodę na wykonanie Świadczeń.
2. Klient zobowiązuje się do zastosowania się do Regulaminu określonego w ust. 1 oraz przyjmuje do wiadomości, że koszty pobytu w Szpitalu nie podlegają refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia.



## § 6

Szpital oświadcza, że nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy, przedmioty oraz środki płatnicze nieprzekazane do depozytu Szpitala.

## § 7

1. W celu realizacji Świadczenia Klient zobowiązuje się do dostarczenia Szpitalowi wszelkich danych i informacji, w tym w szczególności wyników badań, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wymaganych przez Szpital i umożliwiających wykonanie Umowy.
2. W razie zaistnienia potrzeby, uzasadnionej względami medycznymi, w tym ratowania życia, Klient upoważnia Szpital do wykonania na jego rzecz dodatkowych czynności medycznych, w tym w szczególności badań, czynności diagnostycznych bądź dodatkowych procedur medycznych. Z tytułu dodatkowych czynności medycznych Szpitalowi będzie przysługiwało odrębne wynagrodzenie ustalone zgodnie z cennikiem Szpitala obowiązującym w dniu wykonania dodatkowych czynności.

## § 8

1. Za wykonanie Świadczeń Klient zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Szpitala wynagrodzenia w wysokości .....zł brutto (słownie: .....00/100).
2. Zapłata wynagrodzenia nastąpi najpóźniej w terminie 3 dni przed datą wykonania przez Szpital Świadczeń, w formie przelewu na rachunek nr 19 1130 1176 0022 2136 0820 0004 lub w kasie Szpitala.
3. Niezależnie od wynagrodzenia określonego w ust. 1, Klient zobowiązany jest do zapłaty wynagrodzenia za dodatkowe czynności medyczne, o których mowa w § 7 ust. 2. Zapłata z tego tytułu nastąpi w terminie wskazanym na rachunku lub fakturze, nie krótszym jednak 14 dni od dnia ich wystawienia.
4. W przypadku braku zapłaty, wskazanej w ust. 1 przez Klienta, we wskazanym przez Szpital terminie, Szpital może umowę rozwiązać w trybie natychmiastowym, żądając jednocześnie od Klienta pokrycia poniesionych przez Szpital kosztów na poczet przygotowania Klienta do wykonania świadczenia (konsultacje i badania diagnostyczne).
5. W przypadku świadczeń, których koszt całkowity, uzależniony jest od czasu pobytu Klienta w szpitalu, płatność za całe świadczenie zostanie dokonana najpóźniej w dniu wypisu ze szpitala. W takim wypadku Klient, przed udzieleniem świadczenia, zobowiązuje się do uiszczenia opłaty za: .....  
w kwocie: .....  
Pozostała część płatności zostanie uiszczona przez klienta najpóźniej w dniu wyjścia ze szpitala.

## § 9

1. W przypadku, gdy wywiązanie się z obowiązków określonych w umowie przez Szpital nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Szpitala, klient zostanie o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki.
2. W przypadku opisanym w ust. 1 strony umowy uzgodnią nowy termin udzielenia Świadczenia.
3. W przypadku niewykonania Świadczenia z winy Szpitala, Szpital zobowiązuje się do niezwłocznego zwrotu zapłaconego wynagrodzenia, w sposób ustalony z Klientem.

## § 10

1. Szpital może rozwiązać umowę przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych bądź upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli:
  - 1) Klient naruszać będzie postanowienia Regulaminu Szpitala,
  - 2) Klient pomimo wezwania nie ureguluje, we wskazanym przez Szpital terminie, wynagrodzenia, przysługującego Szpitalowi z tytułu wykonania Umowy.
2. Klient może rozwiązać umowę przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta w każdym czasie. W takim przypadku, jeżeli zostało wpłacone należne Szpitalowi wynagrodzenie, Szpital zwróci Klientowi wynagrodzenie.
3. Oświadczenie każdej ze stron o rozwiązaniu umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.
4. Szpital może odstąpić od Umowy w każdym czasie, jeżeli wykonanie Świadczenia w ustalonym terminie z przyczyn uzasadnionych względami medycznymi będzie niemożliwe lub będzie niosło za sobą zwiększone ryzyko, które to okoliczności nie występowały w dacie kwalifikacji do udzielania Świadczeń. W takim przypadku Szpital zobowiązany jest zwrócić Klientowi całą kwotę wpłaconą przez niego na poczet wynagrodzenia.

## § 11

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.
2. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej umowy strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia poddadzą spór pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego rzeczowo i miejscowo właściwego dla siedziby Szpitala.
3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

**KLIENT**

**SZPITAL**

.....

.....

**CONTRACT**

for providing commercial health services as part of hospitalization  
(hereinafter referred as the "Contract")

Concluded in Szczecin on ..... between:

Independent Public Clinical Hospital Nr 2 PUM based in Szczecin (70-111) al. Powstańców Wielkopolskich 72, REGON 000288900, NIP: 955 19 08 958 hereinafter referred as the „Hospital” represented by:  
*Marcin Sygut- Director*

and

**Mrs/Mr**..... address: .....  
PESEL/date of birth:.....  
correspondence address:.....  
e-mail/ tel. .... hereinafter referred as the „Customer”

In connection with the Customer's application of ..... for paid medical services made by the Hospital, both parties conclude a contract with the following content:

**§ 1**

1. The subject of the contract is the performance of the paid health service by the Hospital to the Customer (together with the JGP group) consisting of:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Hereinafter collectively referred to as "Services"

2. The services described in paragraph 1 will be performed in the Department ..... of the Hospital.

**§ 2**

The parties agree on the following deadlines for the performance of the Services, described in § 1 par. 1 pt .....

- start date- ....., expected date of completion- .....

**§ 3**

The hospital commits to provide the service, described in § 1 of the contract, with due diligence and in accordance with current medical knowledge. In addition, the Hospital declares that it has the required qualifications, qualified medical staff and equipment necessary to perform the Services.

**§ 4**

1. A prerequisite for the granting of Services is a medical qualification made by a hospital doctor, after submitting the results of all medical tests ordered to the Customer.
2. The Customer is obliged to provide everyday items for the period of providing the Service, such as: clothing, bathrobe, pajamas, sportswear, personal hygiene products, and especially regularly taken medications for the entire period.

**§ 5**

3. The Customer has been informed about patient's rights, organizational regulations of the Hospital and instructed on how to prepare for a stay in the Hospital. The Customer also signed an informed consent to perform the Services.
4. The Customer undertakes to comply with the Regulations mentioned in paragraph 1 and acknowledges that the costs of hospital stay are not refundable from the National Health Fund.

**§ 6**

The Hospital declares that it is not responsible for items and means of payment not transferred to the Hospital deposit.

**§ 7**

1. To provide the Service, the Customer undertakes to provide the Hospital with all data and information, including particularly the results of examinations, medical certificates and all documents required by the Hospital and enabling the performance of the Contract.
2. In the case of a need justified by medical reasons, including saving lives, the Customer authorizes the Hospital to perform additional medical activities on its behalf, including in particular tests, diagnostic activities or additional medical procedures. The Hospital will be entitled to separate remuneration determined in accordance with the Hospital price list applicable on the day of performing additional activities for additional medical activities.

**§ 8**

1. The Customer undertakes to pay the hospital remuneration for performing the Services in the amount of ..... **zł gross** (in words: .....00/100).
2. Payment of remuneration will be made no later than 3 days before the date of performance of Services by the Hospital, as a transfer to an account nr 19 1130 1176 0022 2136 0820 0004 or in Hospital cash register.
3. Regardless of the remunerations specified in par. 1, the Customer is obliged to pay remuneration for additional medical activities referred to in § 7 par. 2. Payment in this respect will take place within the time limit indicated on the invoice or bill, but not shorter than.... .. days from the date of issue.
4. In the absence of Customer's payment referred to in paragraph 1 within the time limit indicated by the Hospital, the Hospital may terminate the contract immediately, while demanding that the Customer cover the administrative costs incurred by him.
5. In the case of services which total cost depends on the duration of the Customer's stay in hospital, payment for the entire service will be made no later than the date of discharge from the hospital. In such a case, the Customer, before granting the service, undertakes to pay for it:  
.....  
.....  
The rest of the payment will be made by the customer at the latest on the day he leaves the hospital.

**§ 9**

If it is not possible for the Hospital to comply with its obligations under the contract for reasons beyond the Hospital's control, the Customer must be notified by this without undue delay. In the case described in par. 1 parties of the Contract will agree on a new date for providing the Service. If the Service was not performed due to the fault of the Hospital, the Hospital undertakes to immediately return the paid remuneration, in a manner agreed with the Customer.

**§ 10**

1. The hospital may terminate the contract before the commencement of health services or the period for which it was concluded, if:
  - 1) The Customer will violate the provisions of the Hospital Regulations,
  - 2) Despite the request, the Customer will not regulate, within the time limit indicated by the Hospital, the remuneration due to the Hospital for the performance of the Contract.
2. The Customer may terminate the contract before the period for which it has been concluded at any time. In this case, if the remuneration due to the Hospital has been paid, the Hospital will refund it to the Customer.
3. The declaration of each part to terminate the contract requires written form for its validity.
4. The hospital may withdraw from the Contract at any time if it is impossible to perform the Service within the agreed time limit for medical reasons or will carry an increased risk which was not present at the date of qualification for the Services. In this case, the Hospital is obliged to return to the Customer the entire amount paid by him for the remuneration.

**§ 11**

1. In matters not covered by this Contract, the provisions of the Civil Code shall apply.

2. All disputes that may arise in connection with the performance of this Contract will be attempted by the parties to settle amicably, and in the event of disagreement, they will submit the dispute to a common court for property and local jurisdiction for the seat of the Hospital.
3. Any changes to this Contract require written form for its validity.
4. The Contract has been drawn up in two identical copies, one for each of the Parties.

**CUSTOMER**

**HOSPITAL**

.....

.....

**UMOWA**  
**na udzielanie komercyjnych świadczeń zdrowotnych w ramach hospitalizacji**  
(zwana w dalszej części „Umową”)  
*на предоставление коммерческих медицинских услуг в рамках госпитализации*  
(в дальнейшем «Соглашение»)

zawarta w Szczecinie w dniu ..... pomiędzy:  
*сложен в Щецине ..... между:*

**Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym Nr 2PUM** z siedzibą w Szczecinie (70-111) al. Powstańców Wielkopolskich 72, REGON 000288900, NIP: 9551908958 zwanym dalej „Szpitalem” reprezentowanym przez:

*Марчина Сыгута- Директора*

**Независимой Государственной Клинической Больницей №2 ПУМ** с офисом в Щецине (70-111) ал. Повстанцов Великопольских 72, REGON 000288900, NIP: 9551908958, в дальнейшем «Больница», в лице Директора – Марчина Сыгута (*Марчина Сыгута*)

a

**Panią/Panem**.....adres: .....

*Пациент/ка* ..... *адрес*

PESEL:.....adres do korespondencji:.....

*адрес для корреспонденции*

e-mail/ tel. .... zwaną/ym w dalszej części umowy „Klientem”  
*именуемый/ая в дальнейшем «Клиент»*

W związku z wnioskiem Klienta z dnia ..... o wykonanie przez Szpital odpłatnych świadczeń medycznych, Strony zawierają umowę o następującej treści:

*В связи с обращением Клиента от дня ..... на оказание платных медицинских услуг Больницей, стороны заключают договор следующего содержания:*

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest wykonanie przez Szpital za wynagrodzeniem na rzecz Klienta świadczenia zdrowotnego polegającego na (wraz z podaniem grupy JGP):

*Предметом Договора есть выполнение Больницей за оплату Клиентом медицинских услуг:*

- 1) .....  
2) .....  
3) .....

zwanymi w dalszej Umowie łącznie „Świadczeniami”

*в дальнейшем „Услуги”.*

2. Świadczenia opisane w ust 1 zostaną wykonane w Klinice/Oddziale .....

*Услуги, указанные в п. 1, будут оказаны в Клинике/Отделе*

**§ 2**

Strony ustalają następujące terminy wykonania Świadczeń, określonych w § 1 ust. 1 pkt:

- termin rozpoczęcia - ....., przewidywany termin zakończenia - .....

*Планируемый срок оказания медицинских услуг указанных в § 1 уст. 1 п. ....:*

**§ 3**

Szpital zobowiązuje się wykonać usługę, o której mowa w § 1 Umowy z należytą starannością, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną. Ponadto Szpital oświadcza, że posiada wymagane

uprawnienia i wykwalifikowany personel medyczny oraz pomieszczenia i sprzęt niezbędne dla wykonania Świadczeń.

*Больница обязуется оказывать услуги, указанные в §1 Договора, с должной осмотрительностью в соответствии с текущими медицинскими знаниями. Кроме того, Больница заявляет, что располагает необходимой квалификацией и квалифицированным медицинским персоналом, а также помещениями и оборудованием, необходимыми для оказания Услуг.*

#### § 4

1. Warunkiem niezbędnym udzielenia Świadczeń jest kwalifikacja lekarska dokonana przez lekarza Szpitala, po uprzednim przedłożeniu wyników wszystkich zleconych Klientowi badań.
2. Klient zobowiązany jest zapewnić we własnym zakresie na okres udzielania Świadczenia przedmioty codziennego użytku, takie jak: odzież, szlafrok, piżama, odzież sportowa, środki higieny osobistej, w tym w szczególności zobowiązany jest do zabezpieczenia się na cały okres w leki, które regularnie zażywa.

*Клиент обязан обеспечить себя на период оказания Услуг предметами быта, такими как: одежда, халат, пижама, спортивная одежда, средства личной гигиены, а также обеспечить себя лекарствами, которые регулярно принимает.*

#### § 5

1. Klient został poinformowany o przysługujących mu prawach pacjenta, Regulaminie organizacyjnym Szpitala, pouczony o sposobie przygotowania się do pobytu w Szpitalu, podpisał świadomą zgodę na wykonanie Świadczeń.
2. Klient zobowiązuje się do zastosowania się do Regulaminu określonego w ust. 1 oraz przyjmuje do wiadomości, że koszty pobytu w Szpitalu nie podlegają refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia.

*Клиент был проинформирован о правах пациента, Уставе Больницы, проинформирован о Правилах пребывания в Больнице, подписал Информированное согласие на оказание Услуг.*

*Клиент обязуется соблюдать Устав Больницы и признает, что расходы, связанные с пребыванием в Больнице не подлежат возмещению от Национального фонда здравоохранения.*

#### § 6

Szpital oświadcza, że nie ponosi odpowiedzialności za rzeczy, przedmioty oraz środki płatnicze nieprzekazane do depozytu Szpitala.

*Больница заявляет, что не несет ответственности за вещи, предметы и денежные средства, не переданные в депозит Больницы.*

#### § 7

1. W celu realizacji Świadczenia Klient zobowiązuje się do dostarczenia Szpitalowi wszelkich danych i informacji, w tym w szczególności wyników badań, orzeczeń i zaświadczeń lekarskich wymaganych przez Szpital i umożliwiających wykonanie Umowy.
2. W razie zaistnienia potrzeby, uzasadnionej względami medycznymi, w tym ratowania życia, Klient upoważnia Szpital do wykonania na jego rzecz dodatkowych czynności medycznych, w tym w szczególności badań, czynności diagnostycznych bądź dodatkowych procedur medycznych. Z tytułu dodatkowych czynności medycznych Szpitalowi będzie przysługiwało odrębne wynagrodzenie ustalone zgodnie z cennikiem Szpitala obowiązującym w dniu wykonania dodatkowych czynności.

*В целях предоставления Услуг Клиент обязуется предоставить Больнице всю необходимую информацию, в частности, результаты предыдущих обследований, консультации специалистов, требуемые Больницей и позволяющие выполнить условия Договора.*

*В случае необходимости, обоснованной медицинскими показаниями, в том числе спасением жизни, Клиент уполномочивает Больницу выполнять дополнительные медицинские обследования от своего имени, включая, в частности, анализы, диагностические обследования или дополнительные медицинские процедуры. Больница имеет право на взимание платы, за оказанные услуги согласно с прейскурантом цен больницы, действующим в день выполнения дополнительного обследования.*

## § 8

1. Za wykonanie Świadczeń Klient zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Szpitala wynagrodzenia w wysokości ..... **zł brutto** (słownie: .....00/100).  
*Клиент обязуется оплатить Больнице стоимость оказанных платных услуг в размере.....зл. brutto (словами: .....00/100).*
2. Zapłata wynagrodzenia nastąpi najpóźniej w terminie 2 dni przed datą wykonania przez Szpital Świadczeń, w formie przelewu na rachunek nr 19 1130 1176 0022 2136 0820 0004 lub w kasie Szpitala.  
*Оплата должна быть произведена не позднее, чем за 2 дня до даты оказания медицинских услуг Больницей, внесением денежных средств на расчетный счет в банке № 19 1130 1176 0022 2136 0820 0004 или в кассе Больницы.*
3. Niezależnie od wynagrodzenia określonego w ust. 1, Klient zobowiązany jest do zapłaty wynagrodzenia za dodatkowe czynności medyczne, o których mowa w § 7 ust. 2. Zapłata z tego tytułu nastąpi w terminie wskazanym na rachunku lub fakturze, nie krótszym jednak 14 dni od dnia ich wystawienia.  
*В случае изменения объема оказанных Клиенту платных медицинских услуг предусмотренных в пункте 1, Клиент обязан оплатить дополнительные медицинские услуги, указанные в § 7 абз. 2. В этом случае Клиент обязан произвести оплату в срок, указанном в счете, но не позднее 14 дней от даты получения счета.*
4. W przypadku braku zapłaty, wskazanej w ust. 1 przez Klienta, we wskazanym przez Szpital terminie, Szpital może umowę rozwiązać w trybie natychmiastowym, żądając jednocześnie od Klienta pokrycia poniesionych przez Szpital kosztów na poczet przygotowania Klienta do wykonania świadczenia (konsultacje i badania diagnostyczne).  
*В случае отсутствия оплаты, указанной в п. 1 Клиентом, в течении срока, указанного Больницей, Больница может немедленно расторгнуть договор, одновременно требуя, чтобы Клиент покрыл расходы, понесенные Больницей, на подготовку Клиента к оказанию услуги (консультации и диагностического обследования).*

## § 9

1. W przypadku, gdy wywiązanie się z obowiązków określonych w umowie przez Szpital nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od Szpitala, klient zostanie o tym powiadomiony bez zbędnej zwłoki.  
*В случае, если выполнение обязательств, изложенных в Договоре, Больницей невозможно по причинам, не зависящим от Больницы, Клиент будет проинформирован об этом немедленно.*
2. W przypadku opisanym w ust. 1 strony umowy uzgodnią nowy termin udzielenia Świadczenia.  
*В случае, указанном в п.1, стороны оговаривают новый срок оказания медицинских Услуг.*
3. W przypadku niewykonania Świadczenia z winy Szpitala, Szpital zobowiązuje się do niezwłocznego zwrotu zapłaconego wynagrodzenia, w sposób ustalony z Klientem.  
*В случае невыполнения медицинских Услуг по вине Больницы, Больница обязывается к немедленному возврату уплаченного вознаграждения в порядке, определяемого с Клиентом.*

## § 10

1. Szpital może rozwiązać umowę przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych bądź upływem okresu, na jaki została zawarta, jeżeli:
  - 1) Klient naruszać będzie postanowienia Regulaminu Szpitala,
  - 2) Klient pomimo wezwania nie ureguluje, we wskazanym przez Szpital terminie, wynagrodzenia, przysługującego Szpitalowi z tytułu wykonania Umowy.*Больница может расторгнуть договор до начала оказания медицинских Услуг либо истечением срока, на который Договор был заключен, если:*
  - 1) Клиент будет нарушать Устав Больницы;
  - 2) Клиент не оплатил услуги указанные в Договоре в указанный Больницей срок.
2. Klient może rozwiązać umowę przed upływem okresu na jaki umowa została zawarta w każdym czasie. W takim przypadku, jeżeli zostało wpłacone należne Szpitalowi wynagrodzenie, Szpital zwróci Klientowi wynagrodzenie.



*Клиент может расторгнуть Договор до истечения срока в любое время. В таком случае, если Больница было оплачено вознаграждение за предоставление медицинских Услуг, Больница возвращает вознаграждение Клиенту.*

3. Oświadczenie każdej ze stron o rozwiązaniu umowy wymaga dla swej ważności formy pisemnej.

*Расторжение Договора происходит в письменной форме.*

4. Szpital może odstąpić od Umowy w każdym czasie, jeżeli wykonanie Świadczenia w ustalonym terminie z przyczyn uzasadnionych względami medycznymi będzie niemożliwe lub będzie niosło za sobą zwiększone ryzyko, które to okoliczności nie występowały w dacie kwalifikacji do udzielania Świadczeń. W takim przypadku Szpital zobowiązany jest zwrócić Klientowi całą kwotę wpłaconą przez niego na poczet wynagrodzenia.

*Больница может отказаться от Договора в любое время, если предоставление медицинских Услуг в данном сроке обоснованных медицинскими причинами, будет невозможно или будет нести за собой повышенный риск, которые не существовал на дату предоставления Услуг обусловленную в Договоре. В этом случае Больница обязана вернуть клиенту всю сумму вознаграждения, оплаченную за медицинские Услуги.*

#### § 11

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego.

*В вопросах, не предусмотренных данным Договором, применяются положения Гражданского кодекса.*

2. Wszelkie spory mogące wyniknąć w związku z wykonywaniem niniejszej umowy strony będą starały się rozstrzygnąć w sposób polubowny, a w przypadku braku porozumienia poddadzą spór pod rozstrzygnięcie sądu powszechnego rzeczowo i miejscowo właściwego dla siedziby Szpitala.

*Стороны обязуются решать все возникшие по Договору споры путем переговоров. Все неурегулированные сторонами споры передают для урегулирования в суд по месту нахождения Больницы.*

3. Wszelkie zmiany niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

*Любые изменения в этот Договор вносятся в письменной форме.*

4. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

*Договор составлен в двух экземплярах, по одному для каждой из Сторон.*

**KLIENT**

*Клиент*

**SZPITAL**

*Больница*

.....

.....

