

**UMOWA KORZYSTANIA Z USŁUG MEDYCZNYCH W RAMACH PAKIETÓW
MEDYCZNYCH**

zawarta w dniu

pomiędzy:

Skopia Sp. z o.o. z siedzibą ul. J. Conrada 79, 31-357 Kraków, KRS nr 0000425527
reprezentowaną przez:

Patrycję Pietrzyk-Szyfko - Prezesa Zarządu,
Krzysztofa Buckiego - Wiceprezesa Zarządu,
(zwaną dalej **Zleceniobiorcą**)

a

Imię:.....

Nazwisko:.....

Zawierającym niniejszą umowę dla:

- siebie
- na rzecz małoletniego członka rodziny : Imię i nazwisko.....

PESEL:.....

Płeć:.....

Data urodzenia:.....

Zamieszkały:.....

Miejscowość:.....

Kod pocztowy:.....

Ulica:.....

Nr domu:.....

Nr lokalu:.....

Tel.kont.:.....

e-mail:.....

(zwaną/zwanym dalej **Klientem**)

§1

Przedmiotem umowy jest świadczenie ambulatoryjnych usług medycznych przez lekarzy medycyny rodzinnej oraz lekarzy internistów lub pediatrów w ramach pakietu oznaczonego poniżej znakiem „x”:

- Pakietu Indywidualnego (od 16 r. życia) w cenie 89 zł + 15 zł za wizytę,
- Pakietu Dziecko (0-15 lat) 99 zł + 15 zł za wizytę,
- Pakietu Partnerskiego (2 osoby dorosłe) 149 zł + 15 zł za wizytę,
- Pakietu Rodzinnego (2+1) 220 zł + 15 zł za wizytę.

§2

Klient zobowiązuje się uiszczać na rzecz Zleceniobiorcy opłatę za korzystanie z ambulatoryjnych usług medycznych objętych wskazanym w §1 pakietem w wysokości..... zł do 25 dnia miesiąca:

- kwartalnie,
- półrocznie,
- rocznie.

Płatność może być dokonywana gotówkowo lub kartą płatniczą w kasie CM Skopia lub przelewem na numer konta w banku ING Bank Śląski SA :

07 1050 1445 1000 0090 8107 7936

§3

Wyrażam/nie wyrażam zgody na przesyłanie dokumentacji medycznej na adres e-mail:.....

§4

Integralną część niniejszej Umowy stanowi **Regulamin świadczenia Usług medycznych w ramach Pakietów medycznych**, którego treść jest Klientowi znana.

Zleceniobiorca:

.....

Klient:

.....