

MEGRENDELÉS

szakellátás

Megrendelő adatai

Neve:.....

Lakcíme:.....

Születési hely, idő:

Telefon:, E-mail:

Szem. ig sz.:, Anyja neve:,,,,.....

Ellátott adatai

Ellátott személy neve:megszólítása:

Lakcíme:

Születési hely, idő:

Anyja neve: Taj. száma: _ _ - _ _ - _ _

Telefon:, E-mail:

A szolgáltatás gyakorisága,

Eseti jellegű o

Rövidebb időszakra szóló o

Tartós ápolás o

Az Ellátott számára megrendelem **ZSU-DUO Egészségügyi szolgáltató Bt.**-től 20.....,hó naptól a Szolgáltatás(oka)t az alábbiak szerint:

Szolgáltatás	Gyakoriság		
Szakápolás	<input type="checkbox"/>	heti _____ alkalommal	napi több alkalommal <input type="checkbox"/>
Gyógytorna	<input type="checkbox"/>	heti _____ alkalommal	
Fizikoterápia	<input type="checkbox"/>	heti _____ alkalommal	
Logodédia	<input type="checkbox"/>	heti _____ alkalommal	
Nagytakarítás	<input type="checkbox"/>	heti / havi _____ alkalommal	<input type="checkbox"/> eseti <input type="checkbox"/> terv. időpont: _____
Napi takarítás	<input type="checkbox"/>	heti _____ alkalommal	
Ápolás-gondozás	<input type="checkbox"/>	heti _____ alkalommal	
	Hétfő	_____ órától - _____ óráig,	
	Kedd	_____ órától - _____ óráig,	
	Szerda	_____ órától - _____ óráig,	
	Csütörtök	_____ órától - _____ óráig,	
	Péntek	_____ órától - _____ óráig,	
	Szombat	_____ órától - _____ óráig,	
	Vasárnap	_____ órától - _____ óráig,	

Szolgáltatás díja:Ft /

Fizetés módja:

Készpénz:

Átutalás:

Számlázás módja:

postai úton:	<input type="checkbox"/>	e-mailben:	<input type="checkbox"/>
a fent megadott névre és címre	<input type="checkbox"/>	a fent megadott e-mailre	<input type="checkbox"/>
vagy másik számlázási címre, éspedig:	<input type="checkbox"/>	vagy másik e-mail címre, éspedig:	<input type="checkbox"/>
Számlázási név:			
Számlázási cím:			
Adószám (cég esetén):			

A megrendelés aláírásával egyidejűleg kijelentem, hogy a megrendelt ápolási szolgáltatás tartalmát megismertem az Általános Szerződési Feltételekről (ÁSZF) tájékoztatást kaptam, megértettem és elfogadom és kijelentem, hogy a megrendelt szolgáltatás 15 (tizenöt) napra szóló ellenértékét - az ápolási tevékenység részéről vagy bármely váratlan esemény kapcsán történő meghiúsulása - megtérítem a Szolgáltató - nak felmerült költségei ellentételezésére.

A megrendelő az aláírásával is hozzájárulását adja ahhoz, hogy a jele okiratban meghatározott megrendelői és ellátotti adataiknak az Európai Parlament és Tanács (EU) a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelméről és az ilyen adatok szabad áramlásáról, valamint a 95/46/EK rendelet hatályon kívül helyezéséről szóló 2016/679 Rendeletének (GDPR), valamint az információs önrendelkezési jogról és információ szabadságról szóló 2011. évi CXII. Tv.-ben foglaltak szerinti kezeléséhez.

....., 20.....,,

Megrendelő