

MEGRENDELÉS

Megrendelő adatai

Megrendelő neve:

Lakcíme:

Születési hely, idő:

Elérhetősége:, E-mail:

Szem. ig sz.:, a.n.:

Ápolt adatai

Ápolt személy neve:megszólítása:

Lakcíme:

Születési hely, idő:

Elérhetősége:

Anyja neve:

Taj. száma: _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

Az ápolás (egyéb szolgáltatás) gyakorisága, rendszeressége:

- Eseti jellegű
Rövidebb időszakokra szóló
Tartós ápolás

Fent nevezett Megrendelő Ápolt számára megrendelem a NURSE Humánegészségügyi és Szolgáltató Kft (Cg: 10-09-032588, ÁNTSZ: Bp-14R/03656-3/2014, illetve HE-O2R/059/00015-3/2015., továbbiakban: **Szolgáltató**) -tól 20.....,hó naptól az ápolási, ellátási szolgáltatást az alábbiak szerint:

Igényelt szolgáltatás időtartama:

(amennyiben az ellátási csomagoktól eltérő szolgáltatást vesz igénybe)

Hétfő órától - óráig,
Kedd órától - óráig,
Szerda órától - óráig,
Csütörtök órától - óráig,
Péntek órától - óráig,
Szombat órától - óráig,
Vasárnap órától - óráig,

Alternatív ellátási csomagok:

- Rehabilitációs csomag (360.000 Ft / hó-tól)
Nappali felügyeleti csomag (275.000 Ft / hó)
Éjszakai felügyeleti csomag (445.000 Ft / hó)
Infúziós csomag (68.500 Ft, perem: 78.500 Ft / 2 hét)
Napi ellátási csomag 76.500 Ft ; 67.500 Ft /hó
Napi e. csomag (perem) 92.500 Ft ; 83.500 Ft /hó
Szociális csomag: délelőtti - (130.500 Ft / hó)
délutáni I - (118.500 Ft / hó)
délutáni II - (108.500 Ft / hó)
24 órás otthlakásos felügyelet (árajánlat alapján)

Szolgáltatás díja:

.....Ft /

Fizetés módja: Késspénz: Átutalás:
Egyéb: éspedig:

A megrendelés aláírásával egyidejűleg kijelentem, hogy a megrendelt ápolási szolgáltatás tartalmát megismertem és 15 (tizenöt) napra szóló ellenértékét - az ápolási tevékenység részemről történő megghiúsulása esetén – megtérítem a **Szolgáltató** - nak felmerült költségei ellentételezésére.

Kelt:, 20.....,

.....
Megrendelő