

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 időszakra 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 szolgáltatást heti alkalommal az alábbiak szerint:

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:
Egyéb: éspedig:

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

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

.....
Megrendelő