



## SMLOUVA O PŮJČENÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK

**Půjčitel:**

Svitavská nemocnice, a. s., Kollárova 7, 568 25 Svitavy

IČ: 27520552

DIČ: CZ27520552

zastoupena Martinou Daňkovou, DiS.

Půjčovna kompenzačních pomůcek

Tel.: 725 550 102, 461 569 393

**Uživatel (jméno, adresa osoby):** \_\_\_\_\_

č. OP: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Název půjčené kompenzační pomůcky:**

\_\_\_\_\_ ks  
\_\_\_\_\_ ks  
\_\_\_\_\_ ks  
\_\_\_\_\_ ks

Kompenzační pomůcka je půjčena uživateli na dobu od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ za půjčovné \_\_\_\_\_ Kč/den. Vedle uvedeného půjčovného uživatel uhradí půjčitelu také jednorázový manipulační poplatek ve výši \_\_\_\_\_ Kč a kauci, pokud byla stanovena. Jestliže bude pomůcka vrácena bez závady, náleží vyplacení kauce zpět uživateli.

Způsob platby: Uživatel půjčovné, manipulační poplatek a případně kauci uhradí půjčitelu na základě faktury vystavené půjčitelem. Fakturace proběhne v den uzavření smlouvy. Splatnost faktury je 14 dní, způsob úhrady – bankovním převodem, na pokladně nemocnice a nebo složenkou.

**Půjčovné uhrazeno:**

na dobu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ Kč

na dobu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ Kč

na dobu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ Kč

na dobu od: \_\_\_\_\_ do: \_\_\_\_\_ Kč

Uživatel souhlasí s poskytnutím výše uvedených osobních údajů pro účely evidence půjčení výše uvedené kompenzační pomůcky půjčitelem. Dále uživatel prohlašuje, že se seznámil s platným provozním řádem půjčovny kompenzačních pomůcek a zavazuje se k jeho dodržování. Provozní řád a ceník jsou součástí smlouvy. Tato smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom. Smlouva nabývá platnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.

Ve Svitavách dne

\_\_\_\_\_ za Svitavskou nemocnici, a. s.

\_\_\_\_\_ podpis uživatele

<u>název pomůcky</u>	<u>vráceno dne</u>	<u>závady</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Provozní doba půjčovny kompenzačních pomůcek telefonickou dohodou na telefonním čísle viz. výše.