

## MEGRENDELÉS

### Megrendelő adatai

Megrendelő neve: .....

Lakcíme: .....

Születési hely, idő: .....

Elérhetősége: ....., E-mail: .....

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

### Ápolat adatai

Ápolat személy neve: ..... megszólítása: .....

Lakcíme: .....

Születési hely, idő: .....

Elérhetősége: .....

Anyja neve: .....

Taj. száma: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Az ápolás (egyéb szolgáltatás) gyakorisága, rendszeressége:

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| Eseti jellegű            | <input type="checkbox"/> |
| Rövidebb időszakra szóló | <input type="checkbox"/> |
| Tartós ápolás            | <input type="checkbox"/> |

Fent nevezett Megrendelő Ápolat számára megrendelem a NURSE Humánegészségügyi és Szolgáltató Kft (Cg: 10-09-032588, ÁNTSZ: Bp-06/NEO/01882/2018, 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