

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-06/NEO/01882/2018, HE-O2R/059/00015-3/2015. illetve BP/0502/1455-60/2019, 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: Számlát postán
Egyéb: éspedig: e-mail-ben kérem.

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 részemről vagy bármely váratlan esemény kapcsán történő megghiúsulása – megtérítem a **Szolgáltató** - nak felmerült költségei ellentételezésére.

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

.....
Megrendelő