

Vertrag über Rufbereitschaft in Verbindung mit einem Haus-Notruf

Zwischen dem **Pflege Reinfeld GmbH**
Pflegedienst

Grootkoppel 3a, 23858 Reinfeld
Tel. 04533 / 611 52 Fax 04533 / 798112

und

Frau / Herrn

[Teilnehmer Haus-Notruf]

wird folgender Vertrag geschlossen:

1. Vertragsbeginn ist das Datum der Aufschaltung des Gerätes.

Datum der Aufschaltung: _____ Gerätenummer: _____

2. Der Pflegedienst verpflichtet sich unverzüglich nach Annahme des Notrufes unter seinen Telefonnummern entsprechende Maßnahmen einzuleiten.
3. Für die **-Rund-um-die-Uhr-** Gewährleistung der Rufbereitschaft fällt eine monatliche Gebühr in Höhe von EUR 25,00 an. **Wir bitten Sie, die monatlichen Kosten im Voraus per Dauerauftrag zu überweisen.**
Bankverbindung: VR Bank Neumünster eG, IBAN: DE52 2129 0016 0039 1717 70 BIC: GENODEF1NMS
Gerne buchen wir den Betrag auch per Lastschrift von Ihrem Konto ab, nutzen Sie dazu das beigegefügte SEPA Lastschriftmandat.
4. Gefahrene Einsätze des Pflegenotdienstes werden gesondert berechnet. Die Kosten belaufen sich hierbei auf einen Satz von EUR 45,00 / Einsatzstunde und gehen zu Lasten des Teilnehmers.
Mo.bis Sa. 6.00-20.00 Uhr EUR 45,00 / Einsatzstunde
Nachts 20.00-6.00 Uhr und sonn- und feiertags EUR 75,00 / Einsatzstunde
5. Änderungen des Vertrages bedürfen der Schriftform.
6. Alle Angaben sind datenschutzrechtlich geschützt.
7. Vertragsbestandteil ist ein Patientenstammblatt, welches beim Pflegedienst verbleibt.
8. Ein Haustürschlüssel ist dem Pflegedienst auszuhändigen und verbleibt bei diesem bis zum Vertragsende. Der Schlüssel wird ausschließlich in Notfällen benutzt. Kosten für die Schlüsselverwahrung fallen keine an.
9. Vertragsende ist das Datum der Abschaltung des Gerätes bzw. die schriftliche Kündigung des Vertrags. Dieser Vertrag kann vom Teilnehmer mit einer Frist von 4 Wochen zum Monatsende schriftlich gekündigt werden.

Reinfeld, den

[Pflegedienst]

[Teilnehmer Haus-Notruf]

Pflege Reinfeld GmbH – Grootkoppel 3a – 23858 Reinfeld (Holstein)

Gläubiger-Identifikationsnummer DE6ZZZ00002425405

Mandatsreferenz _____ (durch Empfänger vergeben)

SEPA-Firmenlastschrift-Mandat (wiederkehrende Zahlungen)

Ich ermächtige die Pflege Reinfeld GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Pflege Reinfeld GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift