

Skarszewy, dnia 21.05.2018 r.

Zapytanie ofertowe

Do niniejszego zapytania nie mają zastosowania przepisy ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych. Wartość szacunkowa zamówienia została ustalona zgodnie z ustawą Pzp i nie przekracza wartości 30.000 EURO zgodnie z art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. 2017 r. poz. 1579 ze zmianami). Postępowanie prowadzone jest w trybie zapytania ofertowego z zachowaniem zasady konkurencyjności i równego traktowania Wykonawców.

1. Zamawiający:

Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach
ul. Dworcowa 11, 83-250 Skarszewy
tel/fax: 58 588 24 93
e-mail: gozskarszewy@gdansk.home.pl

2. Przedmiot zamówienia

usługa teleopieki domowej dla 50 pacjentów Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach.

Wspólny słownik kodów CPV: 85000000-9 Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest zapewnienie dla 50 pacjentów posiadających aktywną deklarację do lekarza POZ Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach bezpłatnego dostępu do usługi teleopieki domowej pierwszej generacji, polegającej na elektronicznym całodobowym monitoringu i przywołaniu natychmiastowej pomocy w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów w miejscu ich zamieszkania. Pacjenci zostaną wyposażeni w aktywny zestaw składający się z aparatów telefonicznych umożliwiający kontakt z operatorem całodobowego Centrum Operacyjno-Alarmowego oraz bransoletki lub wisiorki zaopatrzone w przycisk alarmowy SOS.

Zakres usługi obejmuje:

- zakup i dostawę 25 sztuk telefonów linii stacjonarnej z bezprzewodowym nadajnikiem SOS (wisiorkiem na szyję, umożliwiającym osobie korzystającej bezpośredni dostęp do wezwania – w każdej sytuacji pomocy),
- zakup i dostawę 25 sztuk telefonów sieci GSM z nadajnikiem SOS (bezprzewodową bransoletką na przegub ręki umożliwiającą osobie korzystającej bezpośredni dostęp do wezwania – w każdej sytuacji pomocy),
- konfigurację i aktywację usługi, przy samodzielnej instalacji urządzeń niezbędnych do teleopieki,
- przeszkolenie personelu Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach w zakresie usługi, aktywacji technicznej i bezpośredniej obsługi urządzeń wymaganych do teleopieki,

Wykonawca ma zapewnić:

1. Natychmiastowy, całodobowy kontakt w każdy dzień tygodnia z pracownikiem Centrum Operacyjno-Alarmowego, po kontakcie dokonać identyfikacji osoby wzywającej oraz zdiagnozować przyczyny użycia przycisku (o ile jest to możliwe)

następnie zapewnić niezwłoczną, adekwatną do sytuacji i skuteczną interwencję obejmującą w szczególności:

- powiadomienie osób podanych do kontaktów lub,
 - wezwanie w razie konieczności numeru alarmowego w celu powiadomienia służb ratunkowych podając istotne informacje oraz,
 - monitorowanie przebiegu interwencji od chwili uruchomienia alarmu do przybycia wezwanych służb ratowniczych.
2. Dostarczać Zamawiającemu comiesięczne raporty z wykonanych usług obejmujących liczbę pacjentów objętych usługą, ilość wywołanych sygnałów, rodzaju podjętych interwencji,
 3. Zamawiającemu możliwość dokonania samodzielnego montażu i aktywacji technicznej sprzętu,
 4. Terenowego koordynatora Teleopieki, którego zadaniem będzie wsparcie organizacyjno-techniczne wdrażanej usługi Teleopieki w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Skarszewach.

Wymagania dotyczące Wykonawcy:

1. Wykonawca ponosi odpowiedzialności za będące następstwem jego zachowania szkody wyrządzone niezgodnym z przepisami prawa przetwarzaniem danych osobowych, których jest administratorem oraz udostępnianiem innych informacji zawartych w Kartach Informacyjnych Pacjentów,
2. Wykonawca oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczenia usługi Teleopieki oraz zobowiązuje do utrzymania ciągłości ubezpieczenia OC w trakcie realizacji przedmiotu zamówienia.

4. Termin realizacji zamówienia: na okres 12 miesięcy od dnia podpisania umowy.

5. Miejsce realizacji zamówienia:

- a) Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach, ul. Dworcowa 11, 83-250 Skarszewy,

6. Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków:

O udzielenie zamówienia mogą się ubiegać Wykonawcy, którzy spełniają następujące warunki dopuszczające:

a) posiadanie doświadczenia

Opis weryfikacji spełniania warunku:

Wykonawca wykaże, że wykonał w okresie 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a w przypadku gdy okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie, co najmniej trzy podobne usługi odpowiadające charakterem przedmiotowi niniejszego zamówienia o wartości nie niższej niż 10.000 zł brutto.

W celu spełnienia warunku należy wypełnić i przekazać podpisany załącznik nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.

b) dysponowanie odpowiednim potencjałem organizacyjno-technicznym

Opis weryfikacji spełniania warunku:

na podstawie oświadczenia Wykonawcy w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.

c) dysponowanie kadrą niezbędną do realizacji przedmiotu zamówienia

Opis weryfikacji spełniania warunku:

na podstawie oświadczenia Wykonawcy w załączniku nr 2 do niniejszego zapytania ofertowego.

d) brak powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym

Opis weryfikacji spełniania warunku:

W celu spełnienia warunku należy wypełnić i przekazać podpisane Oświadczenia o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym stanowiący załącznik nr 3 do niniejszego zapytania.

Na podstawie złożonych dokumentów Zamawiający dokona oceny spełnienia warunków. Wykonawca, który nie spełni powyższych wymagań, nie przejdzie pozytywnej oceny formalnej.

7. Termin złożenia oferty: do dnia 28.05.2018 r. do godziny 10.00.

8. Informacje o sposobie porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcą oraz przekazywania dokumentów:

1. Sposób porozumiewania się Zamawiającego z Wykonawcami oraz przekazywania oświadczeń, wniosków, zawiadomień oraz wszelkich dokumentów odbywać się będzie pisemnie.
2. Pismo może być każdorazowo poprzedzone faksem (58 588 24 93) lub drogą elektroniczną (e-mail Zamawiającego: gozskarszewy@gdansk.home.pl). W przypadku przesłania korespondencji faksem lub e-mailem, każda ze stron zobowiązana jest na żądanie drugiej strony o niezwłoczne potwierdzenie faktu otrzymania korespondencji.
3. W przypadku braku potwierdzenia otrzymania wiadomości przez Wykonawcę, Zamawiający domniema, iż pismo wysłane przez Zamawiającego na numer faksu lub e-mail podany przez Wykonawcę zostało mu doręczone w sposób umożliwiający zapoznanie się Wykonawcy z treścią pisma.
4. Osobą uprawnioną do porozumiewania się z Wykonawcami jest:
- Pani Aleksandra Dzwonkowska.

9. Opis sposobu przygotowania oferty:

1. Oferta musi być przygotowana w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Niniejsze zapytanie jest prowadzone w języku polskim.
3. Oferta powinna zawierać:
 - wypełniony formularz ofertowy według załącznika nr 1,
 - oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu według załącznika nr 2,
 - oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym według załącznika nr 3,
 - aktualny odpis z właściwego rejestru albo aktualne zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru lub zgłoszenia do ewidencji działalności gospodarczej, wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
4. **Wykonawca składa ofertę w wersji papierowej na adres Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach lub na adres e-mail gozskarszewy@gdansk.home.pl lub faksem na numer 58 588 24 93, w terminie do **28.05.2018 r. do godziny 10.00.****
5. Otwarcie ofert następuje bezpośrednio po upływie terminu do ich składania tj. 28.05.2018 r. o godzinie 10.10 w księgowości Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach.
6. Wykonawca może złożyć tylko jedną ofertę.
7. Zamawiający nie przewiduje składania ofert równoważnych.

8. Zamawiający nie wyraża zgody na składanie ofert częściowych.
9. Oferta wraz z załącznikami musi być podpisana przez osobę/osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy, zgodnie z wpisem do właściwego rejestru lub przez osobę umocowaną do podpisania oferty. Pełnomocnictwo powinno być dołączone do oferty o ile nie wynika z innych załączonych dokumentów.
10. Pełnomocnicy działający w imieniu Wykonawcy muszą wykazać swoje umocowanie do działania. Pełnomocnictwo legitymuje pełnomocnika do wykonywania czynności prawnych w imieniu mocodawcy zatem jego zakres i okres obowiązywania powinien być wyraźnie i precyzyjnie określony.
11. W przypadku braku pieczęci imiennej osoby podpisującej ofertę, zaleca się aby podpis był czytelny.
12. Wszystkie miejsca, w których Wykonawca naniósł zmiany winny być parafowane przez osobę /osoby/ podpisującą ofertę.

10. Kryteria wyboru oferty: cena oferty brutto – 100%.

Oferty będą oceniane według następującego wzoru:

$$CK = (CN/CR) \times 100 \text{ punktów}$$

CK – ilość punktów dla kryterium cena

CN – najniższa oferowana cena,

CR – cena oferty rozpatrywanej.

11. Informacje o wyborze najkorzystniejszej oferty:

1. O wyborze najkorzystniejszej oferty oraz o ofertach odrzuconych i wykluczonych Zamawiający poinformuje Wykonawców pisemnie na adres e-mail lub faksem.
2. O terminie podpisania umowy Zamawiający poinformuje Wykonawcę, którego oferta była najkorzystniejsza.

12. Przeglądki odrzucenia ofert.

Zamawiający odrzuci ofertę, jeżeli:

- a) jej treść nie będzie odpowiadać treści zapytania ofertowego,
- b) zostanie złożona po terminie składania ofert,
- c) będzie rażąco niska cena.

Z poważaniem
Zastępca Dyrektora
Gminnego Ośrodka Zdrowia
w Skarszewach
Elżbieta Grzymała-Kazusek

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Formularz ofertowy

Załącznik nr 2 - Oświadczenie o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Załącznik nr 3 - Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych z Zamawiającym,

Załącznik nr 4 - PROJEKT – Umowa nr na usługę teleopieki

Formularz ofertowy

.....
(Nazwa lub imię i nazwiska Wykonawcy)

.....
(Adres Wykonawcy)

.....
(NIP, Regon Wykonawcy)

.....
(Telefon/Fax , adres e-mail Wykonawcy)

W związku z zapytaniem ofertowym z dnia składam niniejszą ofertę na usługę teleopieki domowej dla 50 pacjentów Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach, oferuję cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia w wysokości:

Lp.	Przedmiot zamówienia	Ilość	Model urządzenia	Cena jednostkowa netto	Podatek VAT
1.	zakup i dostawa telefonów linii stacjonarnej z bezprzewodowym nadajnikiem SOS (wisiorkiem na szyję, umożliwiającym osobie korzystającej bezpośredni dostęp do wezwania – w każdej sytuacji pomocy)	25 sztuk			
2.	zakup i dostawa telefonów sieci GSM z nadajnikiem SOS (bezprzewodową bransoletką na przegub ręki umożliwiającym osobie korzystającej bezpośredni dostęp do wezwania – w każdej sytuacji pomocy)	25 sztuk			
3.	miesięczna opłata dostępową za usługę monitoringu dla 50 osób (umowa na okres 12 miesięcy)	za jeden miesiąc	-----		
4.	koszt aktywacji usługi (jednorazowa), przy samodzielnej instalacji urządzeń do teleopieki	50 osób	-----		
5.	koszty konfiguracji UA	50 sztuk	-----		
6.	szkolenie pracowników Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach	do 6 osób	-----		
	RAZEM				

Cena wykonania całości zamówienia (wszelkie koszty w ramach usługi teleopieki) to:

netto zł (słownie:),

VAT % zł (słownie:),

brutto zł (słownie:).

1. Oświadczam, że wyżej wskazana cena obejmuje cały zakres przedmiotu zamówienia określonego w zapytaniu ofertowym z dnia oraz wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia (dostawa, transport, montaż, szkolenie, gwarancja).
2. Wyznaczam jako osobę odpowiedzialną za realizację zamówienia:
- Pana/Panią:.....Tel.....
3. Wykonawca oświadcza, że oferowany przedmiot zamówienia o powyżej wyspecyfikowanych parametrach jest kompletny i po zainstalowaniu będzie gotowy do pracy zgodnie z jego przeznaczeniem bez dodatkowych zakupów i inwestycji.
4. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu ofertowym są aktualne na dzień jego sporządzenia i zgodne ze stanem faktycznym. Załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z ich oryginałami.
5. Akceptuję przedstawiony w zapytaniu ofertowym projekt umowy i we wskazanym przez Zamawiającego terminie zobowiązujemy się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam, że uzyskałem wszelkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
7. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi warunkami zamówienia oraz dokumentami dotyczącymi przedmiotu zamówienia i akceptuję je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty, stanowiące jej integralną część:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
miejsce, data

.....
Wykonawca

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

.....
(Nazwa lub imię i nazwiska Wykonawcy)

.....
(Adres Wykonawcy)

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na usługę teleopieki domowej dla 50 pacjentów Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu tj.:

1. posiadanie doświadczenia w realizacji usług z zakresu teleopieki

Lp.	Okres realizacji usługi (miesiąc i rok)	Zleceniodawca (nazwa i adres)	Wartość usługi
1.			
2.			
3.			

2. dysponowanie odpowiednim potencjałem organizacyjno-technicznym

Lp.	Warunki	Ocena
1.	Dysponuję odpowiednim potencjałem organizacyjno-technicznym	Dysponuję / nie dysponuję*
2.	Dysponuję kadrą niezbędną do realizacji zamówienia	Dysponuję / nie dysponuję*

*niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

.....
Wykonawca

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

.....
(Nazwa lub imię i nazwiska Wykonawcy)

.....
(Adres Wykonawcy)

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na usługę teleopieki domowej dla 50 pacjentów Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach oświadczam, że:

jestem / nie jestem*

powiązany/a osobowo lub kapitałowo z Zamawiający.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzaniem procedury wyboru Wykonawcy, a Wykonawcą, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
4. pozostawaniu w związku małżeński, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....
miejsowość, data

.....
Wykonawca

*niepotrzebne skreślić

**PROJEKT - Umowa nr
na usługi teleopieki**

zawarta w dniu2018 roku, w Skarszewach

pomiędzy:

.....
.....,

reprezentowanym przez:

zwanym dalej Ośrodkiem

a

.....
.....,

reprezentowanym przez:

zwanym dalej Operatorem

wybraną w wyniku rozstrzygniętego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie zapytania ofertowego na zamówienie o wartości nieprzekraczającej 30.000 EURO prowadzone w oparciu o art. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1579 ze zmianami) zwanej dalej „ustawą Pzp”, o następującej treści:

Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach dbając o bezpieczeństwo i podniesienie jakości życia mieszkańców – osób w wieku starszym oraz osób niepełnosprawnych pozostających w środowisku domowym, często bez opieki osób drugich, przystępuje do realizacji zadania związanego z wdrożeniem usługi teleopieki.

W ramach niniejszej umowy pacjenci posiadający aktywne deklaracje wyboru do lekarza POZ Gminnego Ośrodka Zdrowia w Skarszewach uzyskają możliwość bezpłatnego korzystania z usługi teleopieki tzw. „czerwonego przycisku alarmowego”.

§1

Przedmiot i zakres umowy

1. Operator zobowiązuje się zapewnić dostęp do Teleopieki domowej I generacji na zasadach określonych w niniejszej umowie.
2. Opis Przedmiotu Zamówienia stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy.
3. Warunkiem uruchomienia usługi Teleopieki domowej jest poprawne wypełnienie Karty Informacyjnej Podopiecznego (załącznik nr 3), akceptacja Regulaminu Świadczenia Usługi (załącznik 4), dysponowanie przez Podopiecznego skonfigurowanym Urządzeniem Abonenckim (UA), czyli urządzeniem technicznym spełniającym wymogi techniczne określone przez Operatora oraz aktywacja usługi na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 2

Wynagrodzenie

1. Za wykonanie przedmiotu umowy strony ustalają następujące wynagrodzenie:
 - a) miesięczna opłata dostępową w wysokości..... brutto (słownie:),
Podstawą rozliczenia finansowego będzie faktura wystawiona przez Operatora za dany miesiąc świadczenia usługi.
 - b) za zakup urządzeń:
 - Telefon linii stacjonarnej z bezprzewodowym nadajnikiem SOS w wysokościzł brutto/ 1 sztukę (słownie:.....)
 - Telefon sieci GSM z bezprzewodową bransoletką SOS w wysokościzł brutto/ 1 sztukę (słownie:.....)Rozliczenie za wyżej wymienione urządzenia będzie następować każdorazowo po wykonaniu dostaw ujętych na poszczególnych fakturach.
 - c) jednorazowa opłata za konfigurację urządzenia abonenckiego w wysokościzł brutto/ 1 urządzenie (słownie:.....)
 - d) jednorazowy koszt aktywacji usługi dla jednej osoby to wysokościzł brutto (słownie:.....)
2. Podstawą rozliczenia finansowego będzie faktura wystawiona przez Operatora za dany miesiąc świadczenia usług.
3. Ośrodek zobowiązuje się do zapłaty Operatorowi kwoty wskazanej na fakturze w terminie 14 dni od daty jej otrzymania przelewem na konto Operatora wskazane na fakturze.
4. Faktury za realizację przedmiotu umowy należy wystawić na: Gminny Ośrodek Zdrowia w Skarszewach, ul. Dworcowa 11, 83-250 Skarszewy, NIP 592-18-71-206.

§ 3

Obowiązki Stron

1. W ramach niniejszej umowy Operator zobowiązuje się do:
 - a) zarezerwowania niezbędnej dla pacjentów Ośrodka pojemności w Centrum Operacyjno-Alarmowym podsystemu „czerwonego przycisku alarmowego” teleopieki,
 - b) zapewnienia pacjentom Ośrodka aktywacji usługi, przy samodzielnej instalacji urządzenia do teleopieki,
 - c) przeszkolenie wskazanych osób w zakresie obsługi urządzeń do teleopieki i procedur teleopieki - po podpisaniu umowy (do 6 godzin),
 - d) zapewnienia dedykowanego opiekuna umowy oraz telekoordynatora teleopieki, czyli osoby wsparcia organizacyjno-technicznego projektu,
 - e) do dostarczenia Ośrodkowi urządzeń abonenckich I generacji w ilości zgodnej z zapytaniem ofertowym stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej umowy:
 - Telefon linii stacjonarnej z bezprzewodowym nadajnikiem SOS - 25 sztuk
 - Telefon sieci GSM z bezprzewodową bransoletką SOS - 25 sztuk
2. Gwarancja producenta na dostarczone w/w urządzenia abonenckie obejmuje okres 12 miesięcy licząc od dnia dostarczenia urządzenia. Niniejsza umowa stanowi jednocześnie dokument gwarancyjny.
3. Ośrodek w ramach niniejszej umowy:
 - a) bezzwłocznie po podpisaniu umowy przekaże Operatorowi dane kontaktowe do służb ratowniczych (Pogotowie Ratunkowe, Policja, Straż Pożarna) obsługujących Ośrodek (załącznik nr 2 do umowy),

- b) zapewnieni dostarczenie do Operatora prawidłowo wypełnionych dokumentów Podopiecznego oraz miejsce, gdzie mieszkańcy mieliby udostępnione druki dokumentów niezbędnych do świadczenia usługi teleopieki, w tym kart informacyjnych Podopiecznego oraz gdzie mogliby uzyskiwać informację na temat systemu,
 - c) będzie prowadzić edukację pacjentów na temat systemu teleopieki i promocję technologii ICT jako wsparcie osób starszych i niesamodzielnych,
 - d) w spornych przypadkach potwierdzać będzie uprawnienia osoby do korzystania z usługi teleopieki Operatora na zasadach określonych w tej umowie.
4. W celu realizacji postanowień niniejszej umowy Strony wyznaczają koordynatorów odpowiedzialnych za system:
- Koordynator ds. teleopieki z ramienia Ośrodka,
tel....., e-mail:.....
 - Koordynator ze strony Operatora.....,
tel., e-mail:.....

§4

Dalsze zobowiązania Stron związane z wykonaniem Umowy

1. Strony zobowiązują się wykonywać wzajemnie zobowiązania na podstawie niniejszej Umowy terminowo i starannie na poziomie gwarantującym poprawną jakość wykonania umowy.
2. Operator zobowiązuje się starannie i sumiennie prowadzić dokumentację związaną ze świadczeniem usługi teleopieki.
3. Strony zobowiązują się do wzajemnego przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony tajemnicy każdej ze Stron z zachowaniem najwyższej staranności. W szczególności Strony zobowiązują się zachować w tajemnicy wszelkie, za wyjątkiem powszechnie dostępnych oraz tych, które określa ustawa o dostępie do informacji publicznej, informacje techniczne, technologiczne, handlowe i organizacyjne dotyczące drugiej Strony, uzyskane w związku z realizacją niniejszej Umowy, niezależnie od formy przekazania tych informacji i ich źródła. Powyższe zobowiązania wiążą każdą ze Stron w czasie obowiązywania niniejszej Umowy.
4. W przypadku wytoczenia przez osobę trzecią powództwa przeciwko Stronom, związanego z niniejszą Umową, Strony zobowiązują się współdziałać w zakresie dostarczania niezbędnych informacji oraz dokumentów związanych z zawarciem umowy, na potrzeby postępowań sądowych oraz w innych prawnie uzasadnionych przypadkach.
5. Strony zobowiązują się wykorzystywać znaki towarowe i inne oznaczenia wyłącznie w celach związanych z wykonywaniem niniejszej Umowy, za uprzednią, każdorazową zgodą Strony.

§5

Czas obowiązywania umowy

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony tj. okres 12 miesięcy, począwszy od dnia r. do r.

§6

Wypowiedzenie umowy

1. Umowa może zostać wypowiedziana przez Ośrodek na piśmie z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.

2. Operatorowi przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia, gdy Ośrodek opóźnienia się z zapłatą opłaty dostępowej za dwa kolejne miesiące, po uprzednim skutecznym wezwaniu do zapłaty.

§7

Pozostałe postanowienia

Integralną część niniejszej umowy stanowią:

Załącznik nr 1 - Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia

Załącznik nr 2 – Dane kontaktowe do służb ratowniczych,

Załącznik nr 3 – Karta Informacyjna Podopiecznego,

Załącznik nr 4 – Regulamin świadczenia usługi.

§8

Postanowienia końcowe

1. Wszystkie zmiany do niniejszej Umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W przypadku powstania jakiegokolwiek sporu na tle wykonania niniejszej Umowy, Strony będą starały się rozstrzygnąć go na drodze polubownej, a jeżeli nie będzie to możliwe, sądem właściwym do rozstrzygnięcia każdego sporu będzie Sąd Powszechny.
3. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.
4. Umowa została sporządzona w trzech, jednobrzmiących egzemplarzach, z czego 2 egzemplarze otrzymuje Zamawiający, a 1 egzemplarz otrzymuje Operator.

.....
Operator

.....
Ośrodek

Załącznik nr 2
do Umowy nr na usługi teleopieki
z dniar.

LP	Nazwa służby ratowniczej	Imię i nazwisko osoby kierującej daną jednostką	Adres	Numer podkładowy – alarmowy Stanowiska Dyżurnego/Dyspozytora
1.	Pogotowie Ratunkowe			
2.	Policja			
3.	Straż Pożarna			
4.	Straż Miejska/Gminna			

KARTA INFORMACYJNA PODPIECZNEGO

(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI)

Imię i nazwisko Podopiecznego:

Numer PESEL/data urodzenia:

Numer i seria dowodu osobistego:

Osoby do kontaktu

Nazwisko imię/adres	Pokrewieństwo (także sąsiad)	Telefony (dom, praca, komórka)	Klucz (tak/nie)	Inne: dostępność, czas dojazdu, e-mail etc.
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		
		Telefon 1: Telefon 2:		

Miejsce instalacji urządzenia do teleopieki:

ulica; nr domu; nr lokalu.....

miasto; kod pocztowy:-.....;

numer telefonu stacjonarnego numer telefonu komórkowego

piętro:.....

Opis budynku (kod domofonu, winda, metraż, ogród, balkon/taras, garaż, etc.)

.....
.....

Droga dojazdowa

.....
.....

Najbliższa stacja pogotowia ratunkowego (miejscowość) oraz numer telefonu

1.
2.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna – adres oraz telefon

.....
.....

Adres/numer telefonu przychodni rejonowej zdrowia

.....

Imię i nazwisko oraz numer telefonu do lekarza rodzinnego

.....

Imię i nazwisko oraz numer telefonu do „opiekuna”

.....

Stan zdrowia:

wzrostcm; waga.....kg; grupa krwi

słabo słyszy: TAK/NIE;

zdarzają się upadki i omdlenia: TAK/NIE

osteoporoza: TAK/NIE

stwardnienie rozsiane: TAK/NIE

niedowład: TAK/NIE, czego:.....

kłopoty z oddychaniem, astma: TAK/NIE

stan poudarowy: TAK/NIE

niewydolność serca: TAK/NIE

zaburzenia rytmu serca: TAK/NIE

rozrusznik: TAK/NIE

stan pozawałowy: TAK/NIE

nadciśnienie: TAK/NIE

cukrzyca: TAK/NIE

parkinson: TAK/NIE

alzheimer: TAK/NIE

epilepsja: TAK/NIE

kłopoty z pamięcią: TAK/NIE

***niepotrzebne skreślić**

Inne choroby i przebyte operacje:

.....

Nietolerancja, uczulenie na leki – wymienić.....

.....

Stale zażywane leki oraz miejsce ich przechowywania (w tym insulina)

.....

.....

.....

Pudełko/koperta życia tak nie gdzie.....

Czy numer na którym jest świadczona usługa nie jest zastrzeżony (warunek konieczny): TAK/NIE*

Niniejszym dokumentem Podopieczny wyraża zgodę na objęcie go usługą Teleopieki Domowej w miejscu zamieszkania.

Niniejszym dokumentem Podopieczny całkowicie zwalnia z odpowiedzialności Operatora za wszelkie szkody powstałe przy próbie siłowego dostania się do mieszkania podopiecznego przez służby ratunkowe w wypadku użycia przycisku alarmowego Teleopieki.

W przypadku nieuzasadnionego alarmu, odpowiedzialność wobec służb ratunkowych ponosi Podopieczny.

Przypadkowe wzbudzenie alarmu przez podopiecznego o ile nie będzie to skutkowało koniecznością zawiadomienia przez Centrum Alarmowe służb ratowniczych oraz osób z listy kontaktowej, nie będzie powodowało obciążenia podopiecznego dodatkowymi kosztami za nieuzasadnione wszczęcie przez niego alarmu.

Przetwarzanie danych osobowych

1. Podopieczny podpisując Kartę Informacyjną (KI) wyraża zgodę na przetwarzanie przez Operatora danych osobowych, które podane zostały przez Podopiecznego w Karcie Informacyjnej, zgodnie z odpowiednimi zapisami w Regulaminie świadczenia usługi, w zakresie niezbędnym do realizacji usługi Teleopieki Domowej.
2. Podopieczny podpisując KI wyraża także zgodę na przetwarzanie przez Operatora danych dotyczących jego stanu zdrowia, w tym w szczególności: wzrostu, wagi, grupy krwi, przebytych chorób, aktualnych chorób, chorób przewlekłych, uczuleń na leki, leków, które stale zażywa oraz miejsca, gdzie są przechowywane oraz innych danych dotyczących tej sfery życia Klienta, które mogą mieć znaczenie z punktu widzenia Operatora przy wykonywaniu usługi.
3. Podopieczny oświadcza, że osoby wskazane do kontaktu w Karcie Informacyjnej, zostaną przez niego poinformowane o tym, że:
 - a) ich dane osobowe będą przetwarzane przez
 - b) ich dane osobowe w postaci imienia i nazwiska, adresu zamieszkania, numeru telefonu będą

przetwarzane w celu wykonania usługi oraz będą przekazywane przez Operatora podmiotom współpracującym przy jej wykonaniu;

- c) Podopieczny jest źródłem danych podanych Operatorowi;
 - d) posiadają prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania;
 - e) posiadają prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania ich danych ze względu na ich szczególną sytuację, jeżeli zajdą przesłanki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - f) posiadają prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania ich danych, gdy administrator zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich danych osobowych innemu administratorowi danych, jeżeli zajdą przesłanki, o których mowa w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy o ochronie danych osobowych.
4. Podopieczny oświadcza, że został poinformowany o tym, że:
- a) administratorem jego danych osobowych jest
 - b) dane osobowe Podopiecznego przetwarzane będą w celu wykonania usługi;
 - c) odbiorcami danych Podopiecznego będą podmioty współpracujące z administratorem danych w celu wykonania usługi i wyraża zgodę na ich przetwarzanie przez te podmioty;
 - d) posiada prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
5. Podopieczny oświadcza, że dane osobowe podał dobrowolnie w celu zapewnienia wykonania usługi przez administratora danych oraz podmioty z nim współpracujące w wykonaniu usługi.

Miejscowość, dnia

Podpis Podopiecznego

***niepotrzebne skreślić**

Do Karty Informacyjnej Podopiecznego należy dołączyć poniższy załącznik podpisany przez każdą z osób podanych w części „Osoby do kontaktu“

*Załącznik nr 1
do Karty Informacyjnej Podopiecznego*

„egzemplarz dla zainteresowanego“

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 zezm.) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Panadanych osobowych jest
..... , zwana dalej Operatorem,

2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki przez Operatora i nie będą udostępniane innym podmiotom,

3. Operator pozyskał Pani/Pana dane osobowe od
.....

/imie nazwisko adres Podopiecznego /

4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

5. na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również – na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 8 ustawy o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych

„egzemplarz dla Operatora“

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 zezm.) informuję, iż:

1. administratorem Pani/Pana danych osobowych jest
....., zwana dalej Operatorem,
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji usługi Teleopieki przez Operatora i nie będą udostępniane innym podmiotom,
3. Spółka pozyskała Pani/Pana dane osobowe od
.....
/imie nazwisko adres Podopiecznego/

4. posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
5. na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 7 ustawy o ochronie danych osobowych przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania Pani/Pana danych ze względu na Pani/Pana szczególną sytuację, jak również – na podstawie art. 32 ust. 1 pkt 8 ustawy o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych lub wobec przekazywania ich innemu administratorowi danych

Zapoznałem się:

....., dnia

.....
(czytelny podpis)

Regulamin świadczenia usługi Teleopieki

1. Przedmiotem regulaminu są zasady świadczenia przez, zwanym dalej Operatorem usługi Teleopieki wyłącznie w lokalu, miejscu zamieszkania Podopiecznego, którego adres został podany w Karcie Informacyjnej Podopiecznego.
2. Na rzecz Podopiecznego Operator będzie świadczyć:
 - 1) zapewnienie całodobowego dyżuru Centrum Operacyjno-Alarmowego i jego gotowości do wykonania zleconych procedur po otrzymaniu sygnału za pośrednictwem „**czerwonego przycisku alarmowego**” urządzenia abonenckiego (UA),
 - 2) powiadomienie jednej z osób do kontaktu, według kolejności określonej w Karcie Informacyjnej, o wywołanym alarmie i zaistniałym problemie,
 - 3) w razie konieczności wezwanie karetki pogotowia ratunkowego i/lub Policji i/lub Straży Pożarnej pod adres Podopiecznego,
 - 4) telefoniczne nadzorowanie przebiegu sytuacji od chwili uzyskania sygnału o uruchomieniu alarmu do przybycia wezwanych osób/służb,
 - 5) udzielanie telefonicznego wsparcia psychicznego Podopiecznemu w trakcie zdarzenia, aż do przybycia w/w osób lub służb,
3. Tryb postępowania w przypadku wywołania alarmu przy pomocy „czerwonego przycisku alarmowego”:
 - 1) w sytuacji, gdy można nawiązać kontakt głosowy z Podopiecznym, decyzję odnośnie niezwłocznego wezwania pomocy podejmuje Podopieczny;
 - 2) w sytuacji, gdy nie można nawiązać kontaktu głosowego z Podopiecznym, Centrum Operacyjno-Alarmowe wzywa pierwszą osobę z listy osób do kontaktu, która posiada klucz do mieszkania Podopiecznego i wraz z nią podejmuje decyzję o ewentualnym wezwaniu służb ratowniczych;
 - 3) w przypadku, kiedy kontakt z pierwszą osobą z listy osób do kontaktu okaże się niemożliwy wzywana jest kolejna osoba z listy kontaktowej. Procedura jest powtarzana, aż do momentu nawiązania kontaktu z jedną z osób z listy kontaktowej – wówczas ta osoba podejmuje decyzję o ewentualnym wezwaniu służb ratowniczych przez Centrum Operacyjno - Alarmowe. Procedurę uznaje się za zakończoną, jeżeli zostanie wykonana jednorazowa próba nawiązania kontaktu do każdej z osób z listy kontaktowej i nie nastąpi nawiązanie kontaktu z żadną z nich;
 - 4) w sytuacji, gdy nie można nawiązać kontaktu głosowego z Podopiecznym, ani z żadną osobą z listy kontaktowej (w tym z osobą posiadającą klucz do mieszkania Podopiecznego) Centrum Operacyjno - Alarmowe wzywa pogotowie ratunkowe oraz jednocześnie Straż Pożarną i/lub Policję celem umożliwienia natychmiastowego wejścia ekipie pogotowia ratunkowego do lokalu Podopiecznego, po jej przybyciu na miejsce wywołania alarmu;
 - 5) brak możliwości wejścia do lokalu po przybyciu pogotowia ratunkowego w sytuacji braku kontaktu z Podopiecznym będzie skutkować siłowym otwarciem lokalu przy

- użyciu odpowiednio do tego powołanych służb w postaci Straży Pożarnej i/lub Policji;
- 6) w przypadku, kiedy możliwy jest kontakt wyłącznie z osobą z listy kontaktowej, która nie posiada klucza do mieszkania Podopiecznego wspólnie z tą osobą podejmowana jest decyzja o ewentualnym wezwaniu Pogotowia Ratunkowego, Straży Pożarnej i/lub Policji;
 - 7) jeśli kontakt z osobą z listy kontaktowej posiadającą klucz do mieszkania Podopiecznego jest możliwy i osoba ta podejmie decyzję o wezwaniu Pogotowia Ratunkowego, a jednocześnie zaznaczy, że nie będzie w stanie w ciągu kilku minut dotrzeć na miejsce wezwania alarmu, Centrum Operacyjno-Alarmowe podejmie automatycznie decyzję o wezwaniu wraz z Pogotowiem Ratunkowym Straży Pożarnej i/lub Policji celem umożliwienia wejścia ekipie Pogotowia Ratunkowego do mieszkania Podopiecznego, niezwłocznie po jej przybyciu na miejsce wywołania alarmu.

3.1 „Czerwony przycisk alarmowy” może być użyty wyłącznie w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia Podopiecznego. W innej sytuacji Centrum Operacyjno-Alarmowe zakończy połączenie.

4. Aktywacja techniczna usługi polega na podłączeniu urządzenia abonenckiego (UA) u Podopiecznego oraz pozytywnym zakończeniu testu łączności z Centrum Operacyjno-Alarmowym i potwierdzeniu wprowadzonych danych.
5. Usługa Teleopieki może być wykonana jeżeli:
 - 1) numer telefonu Podopiecznego, dla którego realizowana jest usługa nie jest ukryty dla odbiorcy połączenia, czyli Centrum Operacyjno – Alarmowego, to znaczy, że jest włączona usługa prezentacji numeru.
 - 2) usługa telekomunikacyjna jest aktywna – Podopieczny opłaca regularnie we własnym zakresie abonament telekomunikacyjny,
 - 3) Podopieczny ma poprawnie działającą linię telekomunikacyjną umożliwiającą połączenie z Centrum Operacyjno-Alarmowym, lub jest w zasięgu działania, w przypadku technologii GSM,
 - 4) Podopieczny ma odpowiednio podłączone urządzenie abonenckie (UA) w zakresie zasilania energetycznego lub w przypadku awarii sieci energetycznej – sprawne baterie (należy stale kontrolować zużycie baterii w urządzeniu abonenckim (UA) oraz w osobistym nadajniku i przynajmniej raz w roku je wymieniać - w przypadku stacjonarnych telefonów SOS).
6. Operator nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody materialne lub niematerialne w sytuacji, w której do Centrum Operacyjno-Alarmowego nie dotrze sygnał alarmowy lub też sygnał, który dotrze nie będzie możliwy do przypisania konkretnemu Podopiecznemu.
7. Operator nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek szkody materialne lub niematerialne, w tym związane z siłowym wejściem do Lokalu Podopiecznego, będące konsekwencją użycia „czerwonego przycisku alarmowego” w Lokalu jak i poza obrębem Lokalu, którego adres został podany w Karcie Informacyjnej.
8. Wszelkie koszty związane z nieuzasadnionym wezwaniem służb ratowniczych i działań przez nich podjętych, w efekcie użycia „czerwonego przycisku alarmowego” przez Podopiecznego, obciążają Podopiecznego.
9. Podopieczny, co kwartał, zobowiązany jest do wykonania połączenia testowego z Centrum Operacyjno-Alarmowym – mającym na celu sprawdzenie poprawności działania urządzenia abonenckiego.

10. W przypadku awarii lub nieprawidłowego działania urządzenia, Podopieczny zobowiązany jest do niezwłocznego poinformowania o zaistniałej sytuacji Ośrodek.
11. Ewentualne uwagi ze strony Podopiecznego dotyczące usługi „Teleopieki Domowej” świadczonej przez Operatora powinny być zgłoszone do Ośrodka. Operator zobowiązuje się rozpatrzyć reklamację w ciągu 14 dni od jej otrzymania i udzielić odpowiedzi w formie pisemnej. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w świadczonej usłudze, Operator zobowiązuje się do niezwłocznego jej usunięcia.
12. Operator nie odpowiada za problemy w świadczeniu usługi Teleopieki, które są wynikiem działania siły wyższej, awarii linii telefonicznej lub energetycznej, a także braku prezentacji numeru w Centrum Operacyjno-Alarmowym, umożliwiającej identyfikację Podopiecznego.
13. Podopieczny we własnym zakresie ponosi koszty zużycia energii elektrycznej oraz połączeń telefonicznych w miejscu instalacji urządzenia abonenckiego (UA).
14. Integralną część niniejszego Regulaminu stanowi Karta Informacyjna Podopiecznego, która jest przetwarzana i archiwizowana w postaci papierowej oraz w postaci elektronicznej i jest przechowywana przez okres wykonywania usługi Teleopieki przez Operatora.
15. Podopieczny ma obowiązek powiadomienia Operatora o wszelkich zmianach danych niezbędnych do prawidłowego działania usługi Teleopieki (numery telefonów, dane osób kontaktowych, stan zdrowia, itp.), podanych w Karcie Informacyjnej.
16. Operator oświadcza, że nie jest firmą medyczną, przeciwpożarową, itp. Jej zadaniem jest skontaktowanie Klienta z odpowiednią osobą wymienioną w Karcie Informacyjnej, lub służbą ratunkową – Pogotowiem Ratunkowy/Policją/Strażą Pożarną.
17. Operator informuje, że Zespół Teleopieki nie zatrudnia personelu medycznego, ratowniczego i specjalistów ds. przeciwpożarowych. Podopieczny niniejszym zwalnia Operatora z wszelkiej odpowiedzialności za niedostarczenie, czy wadliwe wykonanie usługi przez w/w instytucje.
18. Operator ma prawo do zawieszenia lub zaniechania realizacji usługi Teleopieki na rzecz Podopiecznego, w sytuacji, gdy Podopieczny z powodu nieopłacenia rachunków telefonicznych utraci możliwość wykonywania połączeń telefonicznych lub gdy Podopieczny będzie wielokrotnie nadużywał połączeń z Centrum Operacyjno-Alarmowym w celu wywołania nieuzasadnionych alarmów. W tej drugiej sytuacji Operator poinformuje Ośrodek o zaistniałej sytuacji celem podjęcia wspólnie decyzji o dalszej realizacji usługi. Jeżeli pomimo podjętych działań w dalszym ciągu będzie następowało wykonywanie połączeń w celu wywołania nieuzasadnionych alarmów Operator zawiesi lub zaniecha świadczenie usługi u danego Podopiecznego.
19. Operator ma prawo, za uprzednią pisemną zgodą Podopiecznego, do nagrywania połączeń przychodzących i wychodzących z Centrum Operacyjno-Alarmowego i przechowywania tych nagrań przez okres 5 lat, jak również ich wykorzystania w przypadkach przewidzianych prawem.
Po upływie 5 lat od momentu dokonania nagrania Operator zniszczy wszelkie nagrania, chyba, że uzasadniona przyczyna ich wykorzystania powstała przed upływem tego okresu. W takim przypadku Operator zastrzega sobie prawo do przechowywania nagrań przez okres dłuższy niż 5 lat do czasu ustania przyczyny ich przechowywania i zobowiązuje się do powiadomienia Podopiecznego o zaistniałej sytuacji.

20. W sytuacji, kiedy Podopieczny nie będzie w stanie sam otworzyć drzwi służbom ratowniczym, ani też nikt z listy osób do kontaktu nie dokona otwarcia drzwi w momencie pojawienia się służb ratowniczych, Podopieczny nie będzie miał roszczeń w stosunku do Operatora oraz służb ratowniczych z tytułu szkód powstałych na skutek ich siłowego wejścia do lokalu.

21. Terenowy telekoordynator Teleopieki (wsparcie techniczne) Operatora –

-
- 1) informuje o wszystkich usługach świadczonych przez Operatora;
 - 2) udziela informacji o sposobie korzystania z usługi;
 - 3) udziela informacji oraz pomocy w sprawach technicznych.

.....
(data i podpis Wykonawcy usługi Teleopieki

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu świadczenia usługi Teleopieki i akceptuję jego treść:

Pan/Pani
Podopieczny – imię i nazwisko

....., ul:

....., dnia

(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że ja:

zamieszkały/a w:

legitymujący/a się dowodem osobistym nr:

wyrażam zgodę na nagrywanie połączeń przychodzących i wychodzących z Centrum Operacyjno-Alarmowego i upoważniam, zwanym dalej Operator do przechowywania tych nagrań przez okres 5 lat, jak również ich wykorzystania w przypadkach przewidzianych prawem.

Oświadczam że zostałem/am poinformowany/a, że po upływie 5 lat od momentu dokonania nagrania Operator zniszczy wszelkie nagrania, chyba, że uzasadniona przyczyna ich wykorzystania powstała przed upływem tego okresu. W takim przypadku Operator zastrzega sobie prawo do przechowywania nagrań przez okres dłuższy niż 5 lat do czasu ustania przyczyny ich przechowywania i zobowiązuje się do powiadomienia mnie o zaistniałej sytuacji.

....., dnia
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że ja:, zamieszkały/a
w:.....,
legitymujący/a się dowodem osobistym nr:

1. jestem właścicielem lokalu:,
w którym będzie świadczona usługa Telefonicznej Opieki Domowej¹,
2. jestem właścicielem lokalu:
i wyrażam zgodę na zawarcie umowy na usługę Telefonicznej Opieki Domowej, która będzie świadczona na rzecz Podopiecznego:
..... w w/w lokalu¹,
3. w sytuacji, gdy nie będzie można nawiązać kontaktu głosowego z Podopiecznym, ani z żadną osobą z listy kontaktowej, posiadającą klucz do lokalu, wyrażam/nie wyrażam¹ zgodę na siłowe wejście do mieszkania przez Straż Pożarną i/lub Policję celem umożliwienia natychmiastowego wejścia ekipie Pogotowia Ratunkowego do lokalu w którym przebywa Podopieczny, po jej przybyciu na miejsce wywołania alarmu.

....., dnia
(czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)

¹ Niepotrzebne skreślić