

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Imię i nazwisko					
Specjalizacja					
Adres (ulica, miejscowość, miasto)					
Adres praktyki (gabinetu) ¹					
Tel oraz FAX					
email:					
Numer prawa wykonywania zawodu:		Data otrzymania prawa wykonywania zawodu:			
Data urodzenia/wiek					
Języki obce					
Informacje Finansowe					
Akceptacja gwarancji płatności faxem/mailem					
Nr konta bankowego					
Nazwa i adres banku					
Ubezpieczenie OC w działalności zawodowej		Nazwa TU			
Nr NIP					
Zakres oferowanych usług					
		Wizyta domowa	Wizyta w gabinecie	ZAKRES	UWAGI
Internistyczna/ Pediatria Lekarz rodzinny ²	Dzień (PN-PT)				
	Noc				
	Święto (+SB-ND)				
Obszar działania					

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że odpowiadają mi warunki współpracy zaproponowane przez firmę Europ Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wołoskiej 5. Zobowiązuję się zapewnić gotowość do wykonywania usług w możliwie najkrótszym czasie od momentu przyjęcia zgłoszenia, a swoją pracę wykonywać z zachowaniem należytej staranności, rzetelności, zgodnie z przepisami prawa oraz ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej.

.....
Podpis i data

¹ Uzupełni, je li inny ni podany w adresie domowym

² Nie potrzebne skre li /usun

PROCEDURA OBSŁUGI ZGŁOSZENIA WIZYTY DOMOWEJ DLA KLIENTA EUROP ASSISTANCE POLSKA SP. Z O. O.

1. Definicją usługi „wizyty domowe” jest pomoc w przypadku zachorowania lub nagłego zdarzenia udzielona przez lekarza internistę lub pediatrę lub lekarza rodzinnego w miejscu wezwania. W ramach konsultacji wykonane będzie badanie lekarskie, określenie wstępnego rozpoznania choroby, podanie koniecznych leków, wypisanie recept refundowanych i niezbędnych skierowań, zwolnienia lekarskiego i udzielenie wskazówek, co do dalszego postępowania. Lekarstwa i inne środki medyczne wykorzystanie podczas wizyt Domowych są wliczone w koszt usługi medycznej.
2. Wizyty domowe nie są realizowane w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia Klienta.
3. Zleceniodawca kontaktuje się telefonicznie ze Zleceniobiorcą w celu ustalenia możliwości wykonania przez Zleceniobiorcę określonej usługi. Zleceniobiorca zobowiązuje się do udzielenia klientowi pomocy w możliwie jak najkrótszym czasie od momentu zgłoszenia.
4. Zleceniobiorca po otrzymaniu od Zleceniodawcy danych Klienta z pkt.5 potwierdza przyjęcie zlecenie do realizacji podając nr zlecenia Zleceniodawcy.
5. Zleceniodawca celem właściwej realizacji usługi zobowiązuje się przekazać „Zlecenie wizyty” zawierające następujące informacje:
 - a) Imię i nazwisko klienta, Data urodzenia (wiek)
 - b) Miejsce wezwania, Telefon kontaktowy
 - c) Informacje o charakterze medycznym, umożliwiające dostosowanie organizowanej przez zleceniobiorcę usługi do stanu zdrowia klienta
 - d) Informacje o limitach kwotowych lub ilościowych przewidzianych na realizację usług
 - e) Wszelkie inne informacje niezbędne dla prawidłowej realizacji usługi na rzecz Klienta Zleceniodawcy.
6. Zleceniobiorca zobowiązuje się konsultować ze Zleceniodawcą wykonanie jakichkolwiek czynności związanych z realizacją zlecenia, które wykraczają poza świadczenia zleczone przez Zleceniodawcę lub wpływające na zwiększenie kosztów wykonania usług. W ramach usługi „Wizyty Domowe” do obowiązków Zleceniobiorcy nie należy przewóz klienta do szpitala.
7. Zleceniobiorca poinformuje niezwłocznie Zleceniodawcę w przypadku opóźnienia terminu wizyty.
8. Zleceniobiorca za pisemną zgodą klienta Zleceniodawcy udostępni EAP na jego pisemną prośbę informację o stanie zdrowia Klienta, z zakresie niezbędnych do ustalenia prawa tego klienta do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia, a także rodzaju tego świadczenia.
9. Strony zgodnie oświadczają, że udostępnienie informacji opisanych w pkt.5 następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych. Mogą zostać przekazane lekarzowi EAP przez lekarza Zleceniobiorcy, faksem na nr: 22 205 50 11 lub adres mailowy: medical@europ-assistance.pl
10. Po wykonaniu usługi zleceniobiorca przesyła rachunek z zaznaczonym nr sprawy oraz nazwiskiem klienta, nie zależnie od nabywcy na fakturze, na adres firmy:

**EUROP ASSISTANCE POLSKA Sp. z o.o.
ul. Wołoska 5, budynek TAURUS
02-675 WARSZAWA
NIP: 525-10-32-299**

11. Po otrzymaniu poprawnie wystawionej faktury, firma EAP opłaca koszty przelewem bankowym.