

Szolgáltatási szerződés

amely létrejött egyrészről

cégnév: **West Health Kft** (székhely: 1015 Budapest, Ostrom u. 16., cégjegyzékszám: 01 09 997158, adószáma: 24237961-2-41., telefonszám: +36 70 231 4000, e-mail cím: info@hepatologiaimedical.hu képviseli: ügyvezető meghatalmazása alapján szolgálatot teljesítő egészségügyi asszisztens) mint Szolgáltató (a továbbiakban: **Szolgáltató**), másrészről

KÉRJÜK, AZ IGAZOLVÁNYÁBAN SZEREPLŐ ADATOKAT ÍRJA BE!

Vezetéknév, Keresztnév (surname, firstname):

Születési név (birth name):

Anyja neve (mother's name):

Születési hely és idő (place and date of birth):

Lakcím (address):

Telefon (phone):

TAJ szám / igazolvány szám (identity card number):

E-mail:

mint a szolgáltatás igénybevevője (a továbbiakban: Szolgáltatás igénybevevője vagy **Páciens**), Szolgáltató és Páciens együttesen Felek (a továbbiakban: Felek) között a mai napon az alábbi feltételekkel:

1. Felek rögzítik, hogy Szolgáltató – érvényes ÁNTSZ engedély alapján – egészségügyi szolgáltatást nyújt a Páciens számára, mely alapján a Szolgáltató a vállalt szolgáltatás teljesítésére, a Páciens a mindenkor hatályos árlistában meghatározott díj megfizetésére köteles.

2. **EgészségCard – Prima Medica Ügyfélkártya:**

A Szolgáltató névre szóló EgészségCardot állít ki díjmentesen. Tudomásul veszem, hogy a Szolgáltató által számomra biztosított online leletmegtekintés és bizonyos további szolgáltatások csak az EgészségCard birtokában érhetőek el a Prima Medica Ügyfélkapuban. Az EgészségCard által igénybe vehető szolgáltatások részletezése, valamint az EgészségCard ÁSZF és adatvédelmi szabályzata a www.egeszsegcard.hu weboldalon található. A Szolgáltatási szerződés aláírásával az EgészségCard-ot átvettem, az ÁSZF-t és az adatvédelmi szabályzatot is tudomásul veszem, elfogadom.

3. **Adatkezeléshez kapcsolódó nyilatkozatok:**

A kezelendő személyes adatok köre: Vezetéknév, Keresztnév, Szül. név, Anyja neve, Szül. hely és idő, Lakcím, Telefon, e-mail cím, TAJ szám / igazolvány szám. Az adatkezelés időtartama: az adatok felvételétől számított 30 év.

A felhasználás célja: A Szolgáltatóval írásban kötött szerződés végrehajtása, a Páciens azonosítása, a Pácienssel való kapcsolattartás lehetőségének megteremtése. A TAJ számot /igazolvány szám/ receptírás, tovább utalás céljából kérjük megadni.

A Páciens kinyilatkozza, és jelen szerződés aláírásával megerősíti, hogy a jelen szerződésben megadott adatai a saját személyes adatai, melyek a valóságnak megfelelnek, a Szolgáltató Adatkezelési Tájékoztatójában/ Adatvédelmi Szabályzatában foglaltakat megismerte, az abban foglaltakat tudomásul veszi és elfogadja. A Páciens jelen szerződés aláírásával hozzájárul személyes adatainak a szerződésben meghatározottak szerinti kezeléséhez.

3.1. **Egészségügyi dokumentációim megtekintéséhez kapcsolódó nyilatkozat:**

Alulírott Páciens kijelentem, hogy a Prima Medica EgészségHálózat szerződött Egészségügyi Szolgáltatóinál dolgozó **kezelőorvosom/kezelőorvosaim** a személyes adataim, orvosi dokumentációim megtekintéséhez, mint érintett

kifejezetten hozzájárulok

nem járulok hozzá

Amennyiben nem járul hozzá, akkor az Ön kezelőorvosa nem láthatja a Prima Medica EgészségHálózat Egészségügyi Szolgáltatóinál keletkezett kórelőzményeket (ambuláns lapok, leletek). Ebben az esetben Önnek kell gondoskodnia, hogy a megfelelő egészségügyi dokumentumokat kezelőorvosának átadhassa. A Prima Medica EgészségHálózat Egészségügyi Szolgáltatóinak listája megtalálható a www.primamedica.hu oldalon.

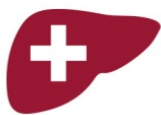
3.2. **Egészségügyi dokumentációim eléréséhez kapcsolódó nyilatkozat:**

Az egészségügyi dokumentációt a Páciens **személyesen** vagy **zárt, online rendszerben** érheti el. Az online elérés a Prima Medica Ügyfélkapun keresztül történik, saját belépéssel, jelszóval, azonosítóval. A személyes azonosító a Páciens számára kiállított Prima Medica EgészségCard 9 jegyű számsora.

Szolgáltatónál keletkezett orvosi dokumentációim elérhetőségét a **Prima Medica Ügyfélkapun** keresztül:

kifejezetten kérem

nem kérem



Amennyiben nem kéri, akkor a Prima Medica Ügyfélkapun nem tudja elérni orvosi dokumentációit, leleteit. Tájékoztatjuk, hogy e-mailen nem áll módunkban továbbküldeni ezen adatokat, így csak személyesen vagy két tanú aláírásával ellátott, teljes bizonyító erejű magánokiratba foglalt írásbeli meghatalmazással, meghatalmazott útján tudja átvenni az egészségügyi dokumentációkat.

Prima Medica Ügyfélkapu központi ügyfélszolgálatát a T&G Health Kft látja el. Az ügyfélkapuval kapcsolatos problémás esetek megoldásához a páciensek ügyfélkapuhoz, orvosi dokumentációkhoz hozzáféréseinek segítése érdekében a Szolgáltató az alábbi személyes adatokat osztja meg a T&G Health Kft-vel: Vezetéknév, Keresztnév, Szül. név, Anyja neve, Szül. hely és idő, Lakcím, Telefon, e-mail cím, TAJ szám / igazolvány szám és - amennyiben a probléma megoldásához szükséges - jelen szerződés másolatát. Egészségügyi dokumentáció a T&G Health Kft-vel megosztásra nem kerül, így a Prima Medica Ügyfélkapu ügyfélszolgálatára egészségügyi dokumentáció tartalmával kapcsolatos segítséget nem tud adni, mindössze a hozzáférés terén tud technikai segítséget nyújtani.

Alulírott Páciens kijelentem, hogy személyes adataim T&G Health Kft-vel megosztásához a **Prima Medica Ügyfélkapu használatához kapcsolódó technikai segítség** adása érdekében, mint érintett

kifejezetten hozzájárulok

nem járulok hozzá

Amennyiben nem járul hozzá, hogy a személyes adataihoz a T&G Health Kft. által üzemeltetett ügyfélszolgálat hozzáférhessen, akkor az ügyfélszolgálat nem tud sem telefonon, sem e-mailen segítséget nyújtani. Tájékoztatjuk, hogy ebben az esetben, így személyesen a szerződött Szolgáltatónál tud segítséget kérni.

3.2. EgészségLevél, Rendelői hírlevél - Direkt marketing-, hírlevél-, reklámhoz kapcsolódó nyilatkozatok:

Alulírott Páciens kijelentem, hogy kifejezetten hozzájárulok ahhoz, hogy a **Prima Medica EgészségCsoport** működtetője, a T & G HEALTH Kft.(1015 Budapest, Ostrom u. 16. fszt. 1.), a részére önkéntesen megadott fenti elérhetőségeimen reklám és marketing célú ajánlataival megkeressen, részemre a megadott e-mail címemre hírlevelet küldjön. Jelen hozzájárulásomat önkéntesen, a T & G HEALTH Kft.(1015 Budapest, Ostrom u. 16. fszt. 1.) megfelelő tájékoztatása birtokában tettem meg. Tudomásul veszem, hogy a hozzájárulásomat bármikor korlátozás és indoklás nélkül, ingyenesen visszavonhatom az info@primamedica.hu vagy az info@hepatologiaikozpont.hu e-mail címre, illetve a 1015 Budapest, Ostrom u. 16. fszt. 1. postai címre küldött levelemmel. Alulírott Páciens kijelentem, hogy személyes adataim direkt marketing célra történő felhasználásához és kezeléséhez, mint érintett

hozzájárulok

nem járulok hozzá

4. A jelen szerződés elválaszthatatlan részét képezi a szolgáltatásokra vonatkozó **Általános Szerződési Feltételek (ÁSZF)**, melyet a Szolgáltató weboldalán (www.speedmedical.hu), valamint a rendelő váróhelyiségében nyomtatott példány elhelyezésével közzétett, és ezzel lehetővé tette, hogy a Páciens annak tartalmát a jelen szerződés megkötését megelőzően megismerje. A Páciens a jelen szerződés aláírásával kijelenti, hogy a hatályos ÁSZF tartalmát megismerte, az abban foglaltakat megértette, és azt elfogadja.

5. A szolgáltatás nyújtására és a szolgáltatás Páciens általi igénybevételére a jelen szerződésben, valamint a szerződés részét képező ÁSZF- ben foglalt feltételekkel kerül sor.

6. Felek kifejezetten megállapodnak abban, hogy a Szolgáltató nemcsak a saját, hanem az általa vásárolt szolgáltatást is értékesíthet a Páciens részére változatlan formában, de nem feltétlenül változatlan áron. A Szolgáltató az egyes, saját nevében vásárolt szolgáltatásokat a Pácienssel írásban kötött jelen szerződés alapján, a jelen szerződésben rögzített módon, részben vagy egészben, de változatlan formában továbbértékesítheti a Páciens részére / közvetített szolgáltatás /.

7. A jelen szerződésben nem szabályozott kérdésekben a mindenkor hatályos magyar jogszabályok, így különösen a PTK., az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezései irányadók. A jelen egyedi szerződés a mindenkor hatályos ÁSZF-fel együtt érvényes. A Felek jelen szerződésből eredő esetleges jogvitáik elintézésére kifejezetten kikötik a Szolgáltató székhelye szerinti hatáskörrel és illetékességgel rendelkező bíróság kizárólagos illetékességét.

8. Alulírott Páciens kijelentem, hogy a szolgáltatási igénybevételével kapcsolatos lényegi információkról, az egészségügyi dokumentációra vonatkozó szabályokról is a Szolgáltatótól teljeskörű tájékoztatást kaptam, a tájékoztatást megértettem és elfogadom.

9. Jelen szerződésben szerepelt személyes adatok, hozzájárulások módosítása csak és kizárólag személyes úton történhet!

10. A jelen szerződést a felek - annak elolvasása és megértése után - mint akaratukkal és nyilatkozataikkal mindenben megegyezőt, jóváhagyólag aláírták.

Kelt: Budapest, 2020. (hó) (nap)

Aláírás:

Aláírás:

Név:

Név:

Páciens aláírása, illetve cselekvőképtelen páciens esetében törvényes képviselő aláírása, korlátozottan cselekvőképes páciens esetében törvényes képviselő hozzájárulása

Szolgáltató aláírása