

## Smlouva o zajištění zdravotnických prostředků pro pojištěnce OZP

Smluvní strany:

### **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

se sídlem: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha  
zástupce: Ing. Pavel Krupička, vedoucí odboru kontroly zdravotnických prostředků  
IČ: 47114321  
DIČ: CZ47114321  
zapsaná v Obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7232  
dále jako „**Pojišťovna**“

a

### **A. M. I. - Analytical Medical Instruments, s.r.o.**

se sídlem: Letohradská 3/369, Praha 7, PSČ 17000  
zástupce: Mgr. Lukáš Macháček, MBA – jednatel společnosti  
IČ: 63983524  
DIČ: CZ63983524  
IČZ: 07918000  
zapsaná v obchodním rejstříku: Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 40086

dále jako „**Dodavatel**“

### **ČI. I. Definice pojmů**

Pro účely této smlouvy se rozumí:

1. *Pojištěncem*: osoba, která je dle zák. č. 48/1997 Sb., registrovaná u Pojišťovny ke dni poskytnutí či zapůjčení zdravotnického prostředku jako její pojištěnec ve veřejném zdravotním pojištění;
2. *Smluvním lékařem pojišťovny*: lékař, který ke dni vystavení poukazu na příslušný zdravotnický prostředek poskytuje pojištěncům zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění ve zdravotnickém zařízení s platnou smlouvou o poskytování a úhradě hrazených služeb, uzavřenou s Pojišťovnou;
3. *Zdravotnickými prostředky (ZP)*: zdravotnické prostředky dle zák. č. 48/1997 Sb., zák. č. 123/2000 Sb., zák. č. 372/2011 Sb. a dle právních předpisů tyto zákony provádějících;
4. *Vybranými zdravotnickými prostředky (vybranými ZP)*: zdravotnické prostředky typově specifikované v příloze č. 1 této smlouvy;
5. *Číselníkem*: aktuální kategorizovaný Číselník zdravotnických prostředků vydávaný Svazem zdravotních pojišťoven ČR a využívaný Pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními při realizaci úhrad zdravotnických prostředků hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

## ČI. II. Předmět smlouvy

1. Předmětem této smlouvy je povinnost Dodavatele, poskytovat určeným Pojištěncům Pojišťovny vybrané ZP a povinnost Pojišťovny, hradit za to Dodavateli sjednanou odměnu.

## ČI. III. Poskytnutí ZP konkrétnímu Pojištěnci

1. Dodavatel se na základě této smlouvy zavazuje poskytovat po odsouhlasení Pojišťovny ZP Pojištěncům (a to pro Pojištěnce bezplatně), a poskytovat Pojištěncům servis a opravy poskytnutých ZP.
2. Poskytnutí ZP konkrétnímu Pojištěnci bude probíhat tak, že:
  - a) Pojišťovna obdrží vyplněný poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku pro Pojištěnce, spolu se Žádankou o schválení ZP, dohodnutými formuláři a epikrízami.
  - b) v případě, že Pojišťovna bude souhlasit s poskytnutím ZP konkrétnímu Pojištěnci na základě této smlouvy, zašle Dodavateli vyplněný poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku odsouhlasený a podepsaný revizním lékařem Pojišťovny (dále jen „Odsouhlasení“).
  - c) Odsouhlasení bude okamžikem jeho doručení Dodavateli považováno za pokyn Dodavateli, aby na základě této smlouvy poskytl předmětný ZP Pojištěnci uvedenému v Odsouhlasení.
  - d) Poskytnutí ZP konkrétnímu Pojištěnci dle této smlouvy bude provedeno na základě smlouvy o poskytnutí ZP, jejíž závazný vzor je přílohou č. 2 této smlouvy. Poskytnutý ZP zůstává ve vlastnictví Dodavatele.
3. Pokud se smluvní strany nedohodnou jinak, je Dodavatel oprávněn na základě této smlouvy poskytovat Pojištěncům pouze vybrané ZP, které jsou typově vymezeny v příloze č. 1 k této smlouvě.

## ČI. IV. Práva a povinnosti smluvních stran

1. Dodavatel je povinen předávat poskytovaný ZP přímo příslušnému Pojištěnci, k němuž bylo ze strany Pojišťovny (resp. jejího revizního lékaře) provedeno Odsouhlasení, a to ve stavu způsobilém k řádnému užívání a v místě bydliště Pojištěnce, případně po dohodě s Pojištěncem na jiném místě.
2. Dodavatel je povinen uzavírané smlouvy o poskytnutí ZP číslovat posloupnou číselnou řadou a tyto smlouvy evidovat.
3. Dodavatel se zavazuje vést a na vyžádání Pojišťovně předložit evidenci ZP poskytnutých pojištěncům v souladu s touto smlouvou a smlouvami o poskytnutí ZP, a to po celou dobu trvání příslušné smlouvy o poskytnutí ZP a po dobu dalších pěti let, s tím, že v této evidenci musí být obsaženy tyto údaje:
  - a. výrobní či evidenční číslo každého ZP, který je poskytnut Pojištěnci,
  - b. číslo Pojištěnce, kterému byl ZP předán,
  - c. číslo smlouvy o poskytnutí ZP, na jejímž základě byl ZP Pojištěnci předán,
  - d. skupina a kód předaného ZP dle Číselníku,
  - e. identifikace indukujícího zdravotnického zařízení,
  - f. datum předání ZP Pojištěnci a jeho vrácení,
  - g. počet dnů v každém kalendářním měsíci, za které je Dodavatel Pojišťovně oprávněn vyúčtovat odměnu (dle čl. VI),
  - h. dobu, na kterou byl pojištěnci ZP předepsán, pokud tato doba byla předepisujícím lékařem stanovena.
4. Dodavatel je povinen zdarma provádět pravidelný technický servis poskytnutých ZP dle technických podmínek jeho výrobce a pravidelné doplňování spotřebního materiálu podle varianty přístrojového vybavení.
5. Dodavatel se zavazuje udržovat operační středisko pro jím poskytované zdravotnické prostředky dle Přílohy č. 1s nepřetržitou službou tak, aby v případě poruchy ZP, tato byla na přímou výzvu Pojištěnce nebo Pojišťovny odstraněna neprodleně po ohlášení.
6. Dodavatel se zavazuje poskytnout veškerou potřebnou součinnost Pojišťovně pro účely její kontroly služeb poskytovaných dle této smlouvy.

7. Dodavatel je povinen mít uzavřenu pojistnou smlouvu o pojištění své odpovědnosti za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním plnění dle této smlouvy a smluv o poskytnutí ZP, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout. Pojištění musí trvat po celou dobu trvání této smlouvy a smluv o poskytnutí ZP uzavřených na jejím základě.
8. Dodavatel se zavazuje poskytnout přiměřenou organizační součinnost indikujícímu pracovišti, pokud se tato bude týkat zajištění medicínské péče o pacienty léčené jeho prostředky.
9. Dodavatel se zavazuje, že ve spolupráci s indikujícím pracovištěm zajistí odborné proškolení potřebného množství lékařů a ošetřující osoby, kteří budou mít v péči pacienty užívající zařízení. Tato školení budou během platnosti této smlouvy prováděna opakovaně tak, aby se zajistila maximálně odborná péče o pacienty léčené zařízeními.
10. ZP poskytovaná na základě této smlouvy, zůstávají po dobu platnosti této smlouvy ve vlastnictví Dodavatele.
11. Dodavatel se zavazuje k převzetí zapůjčeného ZP zpět od pojištěnce po ukončení výpůjčky, nebo na základě žádosti Pojišťovny.
12. Dodavatel a Pojišťovna nepostoupí pohledávku z této smlouvy za druhou smluvní stranou jinému subjektu.

## Čl. V. Odměna

1. Pojišťovna se zavazuje hradit Dodavateli za poskytnuté ZP odměnu ve výši uvedené v příloze č. 1 této smlouvy.
2. Dodavatel prohlašuje, že odměna zahrnuje veškeré jeho náklady související s poskytováním a servisem ZP a jejich příslušenství dle této smlouvy a dílčích smluv uzavíraných na jejím základě. Odměna se účtuje počínaje dnem předání ZP příslušnému Pojištěnci.
3. Odměna za jednotlivé ZP bude Dodavatel účtovat a zasílat Pojišťovně vždy měsíčně pozadu, vždy do 10. dne měsíce následujícího, a to daňovým dokladem – fakturou. Splatnost faktury se sjednává na 30 dnů od data doručení. Po dohodě smluvních stran lze zaslat fakturu elektronicky.
4. Smluvní strany se dohodly na následujících údajích, které každá faktura musí obsahovat:
  - a. označení faktury, její číslo a odkaz na tuto smlouvu,
  - b. obchodní jméno (název), sídlo, IČO a DIČ smluvních stran,
  - c. bankovní spojení Dodavatele (obchodní firmu a sídlo peněžního ústavu, číslo účtu),
  - d. den odeslání faktury a lhůta její splatnosti,
  - e. počet fakturovaných dnů za jednotlivá poskytnutá přístrojová zařízení,
  - f. pořadové číslo smlouvy (smluv) o poskytnutí ZP, na základě kterých byl ZP poskytnut,
  - g. denní sazbu za poskytnutí jednotlivých přístrojových zařízení,
  - h. celkovou cenu plnění bez DPH, sazbu DPH, výši DPH celkem, celková částka k úhradě, případně další věcné a cenové náležitosti,
  - i. potvrzení oprávněné osoby za Dodavatele o správnosti údajů uvedených na faktuře.
5. Pojišťovna je oprávněna před uplynutím doby splatnosti vrátit bez zaplacení fakturu Dodavateli, neobsahuje-li stanovené náležitosti nebo není-li vystavena v souladu příslušnými ustanoveními této smlouvy. Důvod vrácení je Pojišťovna povinna na faktuře vyznačit.
6. Dodavatel je povinen vrácenou fakturu opravit či vystavit novou fakturu či dobropis. Oprávněným vrácením faktury přestává běžet původní lhůta splatnosti. Celá lhůta běží znovu ode dne doručení opravené nebo nově vyhotovené faktury Pojišťovně.
7. Zjistí-li Pojišťovna ve vyúčtování pochybení dodatečně a Dodavatel do 10 pracovních dnů od doručení písemné výzvy částku neuhradí, nedoloží její oprávněnost, nebo se smluvní strany nedohodnou jinak, je Pojišťovna oprávněna jednostranným započtením částky snížit Dodavateli úhradu v následujícím období.
8. Dodavatel nemá nárok na úhradu odměny v případě, že:
  - a. Dodavatel předal vybraný ZP Pojištěnci v rozporu s touto smlouvou,
  - b. Pojištěnec přestal být po uzavření smlouvy o poskytnutí ZP pojištěncem Pojišťovny – v takovém případě pak nemá Dodavatel nárok na úhradu odměny za dobu, kdy Pojištěnec nebyl pojištěncem Pojišťovny.

9. Pojišťovna není povinna hradit odměnu po dobu hospitalizace pacienta a nahlášení hospitalizace před koncem fakturačního období Dodavateli. V případě pozdního nahlášení hospitalizace bude fakturovaná částka za období hospitalizace Dodavatelem dobropisována. Případné započtení takové pohledávky provede Pojišťovna po předchozím projednání s Dodavatelem.
10. Pokud bude Pojištěnec hospitalizován s poskytnutým ZP (přístrojovým vybavením), bude Pojišťovna hradit odměnu i za období hospitalizace.
11. Závazek k úhradě je splněn dnem, kdy byla částka poukázána z účtu povinného na účet oprávněného. Na vyžádání smluvní strana sdělí, případně doloží druhé smluvní straně termín, kdy byla částka poukázána.
12. Při prodlení se splněním peněžitého závazku nebo jeho části má Dodavatel právo požadovat z nezaplacené částky úroky z prodlení ve výši určené předpisy práva občanského.

## Čl. VI. Platnost této smlouvy, její trvání a ukončení

1. Tato smlouva se sjednává na dobu neurčitou a nabývá platnosti a účinnosti dnem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
2. Každá ze smluvních stran je oprávněna tuto smlouvu vypovědět. Výpovědní lhůta činí 3 měsíce a začíná běžet prvním dnem měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla písemná výpověď smluvní strany, která smlouvu vypovídá doručena druhé smluvní straně.

## Čl. VII. Závěrečná ustanovení

1. Tuto smlouvu lze měnit či doplňovat pouze na základě písemných dodatků podepsaných oběma smluvními stranami.
2. Dodavatel souhlasí s tím, že tato smlouva včetně jejích případných změn a dodatků, stejně jako parametry plnění a uhrazené finanční prostředky na základě této smlouvy mohou být Pojišťovnou s ohledem na její veřejnoprávní postavení a zákonné povinnosti zveřejněny.
3. Tato smlouva je vyhotovena ve 2 stejnopisech, z nichž každá ze smluvních stran obdrží po jednom vyhotovení.
4. Nedílnou součástí této smlouvy je:
  - a. příloha č. 1 - Specifikace a cena přístrojového vybavení a odměna za jeho poskytnutí
  - b. příloha č. 2 - Vzor smlouvy o poskytnutí ZP
5. Smluvní strany prohlašují, že tuto smlouvu uzavírají svobodně a vážně, nikoli v tísní a za nápadně nevýhodných podmínek. Na důkaz této skutečnosti připojují své podpisy.

V Praze dne: 20. 9. 2017

V Praze dne: 19. 9. 2017

.....  
Ing. Pavel Krupička  
vedoucí oddělení kontroly ZP

.....  
Mgr. Lukáš Macháček, MBA  
jednatel společnosti

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců  
bank, pojišťoven a stavebnictví

A. M. I. - Analytical Medical Instruments

## Příloha č. 1 - Specifikace přístrojového vybavení a odměna za jeho poskytnutí

Oddíl A - Zdravotnické prostředky pro dlouhodobou domácí oxygenoterapii (DDOT):

0171882	KONCENTRÁTOR KYSLÍKU MOBILNÍ IGO (J)	██████████/PŮJČ.,KOMPLETNÍ S PŘÍSLUŠENSTVÍM	P	10	DEN	DVL	USA
0169209	KONCENTRÁTOR KYSLÍKU DEVILBISS HEALTHCARE KS525 (J)	██████████/PŮJČ	P	10	DEN	DVL	USA

**Příloha č. 2 - Vzor smlouvy o poskytnutí ZP:****SMLOUVA O VÝPŮJČCE**  
uzavřena v souladu s § 2193 a násl. zákona č. 89/2012 Sb.,  
občanského zákoníku**1. Půjčitel:****Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

se sídlem: Roškotova 1225/1, 140 21 Praha  
zástupce: Ing. Pavel Krupička, vedoucí odboru kontroly zdravotnických prostředků  
IČ: 47114321  
DIČ: CZ47114321  
zapsaná: v obchodním rejstříku, vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 7232  
Zastoupena smluvním dodavatelem zmocněným k uzavření a podpisu této smlouvy a k jednání ve věci jejího plnění:

**A. M. I. – Analytical Medical Instruments, s.r.o.**

se sídlem: Letohradská 3/369, Praha 7, PSČ 17000  
zástupce: Mgr. Lukáš Macháček, MBA – jednatel společnosti  
IČ: 63983524  
DIČ: CZ63983524  
zapsaná: v obchodním rejstříku: Městský soud v Praze, oddíl C, vložka 40086

(dále jen „půjčitel“)  
na straně jedné

a

**2. Vypůjčitel:**

.....  
(jméno, příjmení)

Číslo pojištění:.....,

Adresa bydliště:.....,  
Zastoupený ve věci smlouvy zákonným zástupcem/opatrovníkem/kontaktní osobou: ano – ne\*)  
\*) nehodící se škrtněte

.....  
(jméno a příjmení)

Adresa bydliště:.....,

Číslo občanského průkazu (číslo pasu):.....,

Kontaktní tel:.....

Kontaktní mail:.....

(dále jen „vypůjčitel“)  
na straně druhé

**uzavírají dnešního dne, měsíce a roku tuto smlouvu o výpůjčce:**  
(dále jen „tato smlouva“)**Článek I.****Předmět výpůjčky**

1. Půjčitel touto smlouvou přenechává níže uvedenou nezuživatelnou věc vypůjčiteli a zavazuje se mu umožnit její bezplatné a dočasné užívání.
2. Vypůjčitel podpisem této smlouvy potvrzuje převzetí věci.
3. Předmětem této smlouvy je koncentrátor kyslíku.....,výrobní číslo:..... výrobce Devilbiss Healthcare GmbH v rozsahu/příslušenstvím – zvlhčovač, jednorázová kanyla, kanyla s kyslíkovou hadičkou (dále jen „zařízení“).
4. Půjčitel současně se zařízením předá vypůjčiteli návod k obsluze zařízení včetně písemných informací o spojení na servisní a zásobovací službu.
5. Hodnota pronajatého zařízení v den uzavření této smlouvy je 45 000,- Kč včetně DPH.

**Článek II.****Doba výpůjčky**

1. Vypůjčitel se zavazuje zařízení vrátit půjčiteli
  - a) bezodkladně, jakmile ji nepotřebuje,
  - b) uplynutím doby, na kterou byl vypůjčitel smluvním lékařem půjčitele předepsán,
  - c) bezodkladně, pokud zařízení užívá k jinému účelu, než ke kterému mu bylo zařízení dáno do užívání nebo je užívá v rozporu s návodem k obsluze, nebo v rozporu s touto smlouvou,
  - d) dnem přechodu k jiné zdravotní pojišťovně,
  - e) při nedodržení léčebného režimu.
2. Půjčitel má právo domáhat se vrácení vypůjčeného zařízení dříve, pro důvod, který nemohl při uzavření této smlouvy předvídat. Půjčitel se v tomto případě zavazuje provést taková opatření, aby nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu vypůjčitele, a vypůjčitel se zavazuje uhradit veškeré náklady s provedením takových opatření spojených.

**Článek III.****Práva a povinnosti smluvních stran**

1. Vypůjčitel se zavazuje užívat zařízení ujednaným způsobem dle předaného návodu k obsluze zařízení.
2. Vypůjčitel je oprávněn užívat zařízení výhradně pro svou osobní potřebu a není oprávněn jej bez souhlasu půjčitele vyvážet mimo území České republiky, půjčovat či přenechat jiné osobě, prodat, případně s ním jinak disponovat v rozporu s účelem této smlouvy, pokyny výrobce a půjčitele k užívání a údržbě zařízení.
3. Vypůjčitel se zavazuje na výzvu půjčitele umožnit pracovníkům půjčitele přístup k zapůjčenému zařízení k provedení technické prohlídky. Neučiní-li tak, je půjčitel oprávněn od této Smlouvy odstoupit.
4. Vypůjčitel se zavazuje zapůjčené zařízení chránit před poškozením, ztrátou nebo zničením a zavazuje se neprovádět žádné úpravy zařízení, ani jinak měnit vzhled nebo účinnost zařízení. Za jím způsobené škody odpovídá půjčiteli podle § 2913 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
5. Vypůjčitel se, v případě své hospitalizace u poskytovatele lůžkové péče, zavazuje osobně nebo prostřednictvím pověřené osoby podat půjčiteli zprávu o počátku a poté i o ukončení hospitalizace a to nejpozději do tří pracovních dnů písemně (doporučeně) na adresu: A.M.I. – Analytical Medical Instruments, s.r.o. Letohradská 3/369, 170 00 Praha 7 nebo el. poštou na email: [servis@amimedical.cz](mailto:servis@amimedical.cz) nebo telefonicky na tel. číslo +420 257 325 606.
6. Vypůjčitel se zavazuje, že bude dbát pokynů svého ošetřujícího lékaře ve vztahu k používání zařízení v rámci účelné léčby.
7. Vypůjčitel se zavazuje, že v případě přechodu k jiné zdravotní pojišťovně nahlásí tuto skutečnost písemně (doporučeně) půjčiteli a to nejpozději do konce července kalendářního roku, který předchází 1. lednu kalendářního roku, kdy má k přechodu dojít.
8. Půjčitel se zavazuje předat vypůjčiteli zařízení na základě této smlouvy v místě bydliště vypůjčitele, či adresy uvedené v této smlouvě u vypůjčitele.

9. Půjčitel se zavazuje po celou dobu trvání této smlouvy provádět veškerou údržbu, technický servis a opravy zařízení a průběžně doplňovat a obměňovat příslušenství zařízení tak, aby byla zajištěna účelná léčba vypůjčitele tímto zařízením.
10. Půjčitel se zavazuje zřídit a provozovat operační středisko a nepřetržitou službou tak, aby v případě poruchy zařízení mohl vypůjčitel okamžitě kontaktovat půjčitele. Vypůjčitel se zavazuje poruchu zařízení neprodleně nahlásit. Půjčitel se zavazuje nahlášenou poruchu zařízení neprodleně po ohlášení odstranit. Pokud by vada byla neodstranitelná, zavazuje se půjčitel nahradit nefunkční zařízení zařízením jiným. Kontaktní údaje na operační středisko jsou uvedeny v závěrečných ustanoveních.

#### **Článek IV. Předání a převzetí zařízení**

1. Půjčitel se zavazuje předat zařízení vypůjčiteli ve stavu způsobilému k řádnému užívání a zavazuje se, že zařízení splňuje požadavky zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, ve znění pozdějších předpisů.
2. Vypůjčitel potvrzuje, že byl podrobně seznámen s provozem, obsluhou a údržbou zapůjčeného zařízení.
3. Vypůjčitel prohlašuje, že převzal zařízení ve stavu způsobilém k řádnému užívání.
4. Smluvní strany se dohodly pro případ, že vypůjčitel by již nemohl zařízení dále používat z jakýchkoli důvodů nebo jej podle této smlouvy byl povinen vrátit půjčiteli a nemohl by zařízení sám vrátit, splní tuto povinnost vůči půjčiteli pověřená osoba, která převzala tento závazek formou samostatného prohlášení dle přílohy č. 1 této smlouvy.

#### **Článek V. Smluvní pokuta**

Nebude-li zařízení vráceno vypůjčitelem řádně a včas, vypůjčitel se zavazuje uhradit půjčiteli smluvní pokutu ve výši 58 Kč včetně DPH (přístroj 525 KS) nebo 149 Kč včetně DPH (přístroj I Go) za každý, i započatý den prodlení s plněním této povinnosti. Uplatněním nároku na smluvní pokutu není dotčen nárok na náhradu škody.

#### **Článek VI. Závěrečná ustanovení**

1. Tato smlouva se uzavírá na dobu neurčitou, nabývá platnosti a účinnosti dnem podpisu oběma smluvními stranami.
2. Tuto smlouvu lze měnit pouze na základě písemných dodatků odsouhlasených oběma smluvními stranami.
3. Tato smlouva se uzavírá ve dvou vyhotoveních, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno.
4. Práva a povinnosti zde neupravené se řídí příslušným ustanovením zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
5. Smluvní strany prohlašují, že jsou svéprávné k právnímu jednání, že si smlouvu před podpisem přečetly, s jejím obsahem souhlasí a na důkaz toho připojují své podpisy.
6. Kontaktní údaj na operační středisko dle ustanovení čl. III. bodu 10 této smlouvy: A.M.I. – Analytical Medical Instruments, s.r.o. Letohradská 3/369, 170 00 Praha 7, tel: +420 257 325 606, fax: +420 257 326 855, servis@amimedical.cz

V.....dne.....

V Praze, dne.....

.....  
podpis vypůjčitele

.....  
podpis půjčitele



## Příloha č. 1 ke Smlouvě o výpůjčce

Prohlášení pověřené osoby

Prohlašuji, že přejímám níže specifikovaný závazek k Pronajímateli, firmě:

A.M.I. – Analytical Medical Instruments, s.r.o. Letohradská 3/369, 170 00 Praha

Neprodleně vrátit koncentrátor kyslíku typ zařízení..... výrobní číslo....., včetně zvlhčovače, jednorázové kanyly, kanyly s kyslíkovou hadičkou, který používá, na základě uzavřené Smlouvy o výpůjčce.

Předmětný přístroj vrátím v případě, že by jej vypůjčitel nemohl dále používat z jakýchkoliv důvodů a nemohl by jej sám vrátit Pronajímateli.

Dále se zavazuji v téže lhůtě informovat příslušné klientské pracoviště půjčitele, jejímž je vypůjčitel pojištěncem.

Pan, paní.....

Bytem.....

Datum narození.....

č. OP.....

Kontaktní tel:.....

Kontaktní mail:.....

V.....dne.....

.....  
podpis pověřené osoby