

**CONTRACT DE PRESTĂRI SERVICII**

nr. .... din data de .....

**PĂRȚILE CONTRACTANTE**

**a) TRANSILVANIA HEALING CENTRE S.R.L.**, cu sediul în mun. Cluj-Napoca, str. Cardinal Iuliu Hossu, nr. 41, jud. Cluj, cu sediu secundar în mun. Cluj-Napoca, str. Poet Andrei Mureșanu, nr. 29, jud. Cluj, înregistrată la Oficiul Registrului Comerțului de pe lângă Tribunalul Cluj sub nr. J12/2939/2014, având CIF RO 33674521, tel. +4 0799.110.383, e-mail [programari@transilvaniahealing.ro](mailto:programari@transilvaniahealing.ro), cont bancar RO23BTRLRONCRT0374100501, deschis la Banca Transilvania **în calitate de Prestator, și**

**b)** ....., cu domiciliul în ....., str. .... nr. ...., bloc ....., scara ....., etaj ....., apartament ....., județul/sectorul....., având actul de identitate seria ..... nr. .... eliberat de ..... la data de ....., având codul numeric personal ....., tel....., e-mail..... **în calitate de Pacient/ reprezentant legal al pacientului minor** ....., **având CNP** ....., **născut la data de** .....

*Au convenit să încheie prezentul Contract de prestări de servicii de medicină integrativă non invazivă, cu respectarea următoarelor clauze:*

**I. TERMENI CONTRACTUALI**

**Programare înregistrată** - solicitarea inițială a **pacientului/reprezentantului legal al pacientului minor** de a i se stabili o programare pentru prestarea serviciilor de medicină integrativă non invazivă la o anumită dată și oră. Programarea înregistrată se concretizează prin transmiterea de către **prestator** către **pacient/reprezentantul legal al pacientului minor** a datei și orei disponibile, a prezentului Contract, precum și a formularului privind Consimțământul informat în vederea efectuării evaluărilor biofizice, a terapiilor Vitalfeld și Global Diagnostic și prelucrarea datelor cu caracter personal.

**Programare confirmată** - confirmarea de către **prestator** a datei și orei stabilite pentru prestarea serviciului solicitat, ulterior primirii de la **pacient/reprezentantul legal al pacientului minor** a Contractului și a Consimțământului informat, semnate de acesta.

**Programarea anulată** - anularea de către **prestator** a programării înregistrate, în urma nerespectării de către **pacient/reprezentantul legal al pacientului minor** a obligației de transmitere a prezentului Contract și a formularului privind Consimțământul informat, semnate de acesta, cu cel puțin 3 zile înainte de programare înregistrată.

**II. OBIECTUL ȘI PREȚUL CONTRACTULUI**

**2.1.** Obiectul contractului îl constituie efectuarea de către **prestator** în favoarea **pacientului** a următoarelor servicii:

**Pachet Evaluare biofizică inițială:**

- Evaluare biofizică inițială – 990 lei
- 1 ședință Terapie Vitalfeld – 395 lei

**2.2 În funcție de rezultatul Evaluării biofizice inițiale, pacientului i se va recomanda unul / mai multe dintre serviciile disponibile.**

**2.3.** Prestarea serviciilor prevăzute la art. 2.1. și art. 2.2. se realizează în urma efectuării de către **pacient** a unei programări, cu respectarea condițiilor stabilite în cap. nr. V din prezenta convenție.

**2.4.** În temeiul art.28 din Legea 296/2004, prestatorul își rezervă dreptul de nu presta serviciile ce fac obiectul prezentului contract în favoarea persoanelor care sunt neliniștite, care manifestă un comportament neadecvat, nepoliticos ori necooperant față de personalul prestatorului.

### III. DURATA CONTRACTULUI

Contractul este valabil pe toată perioada acordării în favoarea pacientului a serviciilor medicale ce fac obiectul prezentului Contract.

### IV. TERMENELE ȘI MODALITATEA DE PLATĂ A PREȚULUI

Prețul serviciilor efectuate de **prestator** se va achita în ziua prestării serviciilor contractate numerar sau cu cardul.

### V. PROGRAMAREA

**5.1. Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** va solicita **prestatorului** înregistrarea unei programări pentru pachetul de evaluare inițială indicat la art. 2.1., telefonic, prin email la adresa [programari@transilvaniahealing.ro](mailto:programari@transilvaniahealing.ro) sau personal - la sediul Centrului de sănătate și medicină integrativă Transilvania Healing Centre. În urma solicitării înaintate, **prestatorul** va comunica **pacientului**, fie telefonic, prin e-mail sau verbal, datele și orele disponibile pentru serviciile alese și quantumul acestora.

**5.2.** În urma confirmării de către **pacient/ reprezentantul legal al pacientului minor** a acordului cu privire la data și ora serviciului solicitat, **prestatorul** va comunica **pacientului/ reprezentantului legal al pacientului minor** prezentul Contract și Formularul privind consimțământul informat referitor la tratamentul/procedura la care va fi supus, pentru a fi semnate de acesta.

**5.3.** Programările se vor confirma de către **prestator**, în termen de 72 de ore de la primirea pe e-mailul: [programari@transilvaniahealing.ro](mailto:programari@transilvaniahealing.ro), de la **pacient/ reprezentantul legal al pacientului minor** a prezentul Contract și a formularului privind Consimțământul informat referitor la tratamentul/procedura la care va fi supus, semnate de către acesta.

**5.4.** În cazul în care, din orice motiv, **pacientul** nu se poate prezenta la data și ora stabilită conform programării confirmate, acesta are obligația de a informa **prestatorul** în acest sens, în scris printr-un e-mail la [programari@transilvaniahealing.ro](mailto:programari@transilvaniahealing.ro), cu cel puțin 3 zile lucrătoare, anterior datei pentru care s-a confirmat programarea.

**5.5.** În ceea ce privește programarea pentru **Evaluarea biofizică inițială**, în cazul în care **pacientul/reprezentantul legal al pacientului minor** nu respectă termenul de cel puțin 3 zile lucrătoare prevăzut la art. 5.4, acesta este obligat să achite, cel târziu până la data și ora stabilite pentru programarea confirmată, 50% din prețul Evaluării biofizice inițiale.

**5.6.** Plata prețului prevăzut la art. 5.5, respectiv 495 lei, se va face în contul **prestatorului**, menționat în prezentul Contract. **Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** va transmite dovada plății prețului în cel mult 5 zile lucrătoare de la data efectuării plății la adresa de email [programari@transilvaniahealing.ro](mailto:programari@transilvaniahealing.ro).

**5.7.** În cazul în care **pacientul** nu va achita la termen obligația prevăzută în art.5.5, **prestatorul** va demara toate demersurile legale necesare în fața instanțelor de judecată, în vederea recuperării pe cale silită a prețului datorat, pacientul/reprezentantul legal al pacientului minor fiind obligat să achite toate cheltuielile de judecată pentru aceste demersuri, constând în taxă de timbru, onorariu avocațial,

onorariu executor judecătoresc precum și orice alte cheltuieli necesare recuperării sumelor datorate.

**5.8.** În cazul în care **prestatorul** nu poate să presteze serviciile la care s-a obligat la data și ora pentru care **pacientul/reprezentantul legal al pacientului minor** a efectuat programarea, acesta îl va notifica pe **pacient/reprezentantul legal al pacientului minor** în acest sens, în timp util, urmând a stabili o nouă programare de comun acord cu **pacientul/reprezentantul legal al pacientului minor**.

**5.9.** Dispozițiile prezentului capitol, precum și cele privind plata prețului sunt aplicabile în toate cazurile în care **pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** solicită o nouă programare pentru serviciile prevăzute la art. 2.1.din prezentul contract.

## VI. OBLIGAȚIILE PĂRȚILOR

### 6.1. Obligațiile **prestatorului**:

**1) Prestatorul** se obligă să asigure personalul specializat necesar desfășurării activității de medicină alternativă și complementară.

**2) Prestatorul** răspunde pentru calitatea serviciilor executate în conformitate cu prevederile legale aplicabile.

**3) Prestatorul** se obligă să păstreze confidențialitatea condițiilor prezentului contract și a informațiilor referitoare la **pacient/ reprezentantul legal al pacientului minor** pe care le dobândește în executarea acestuia.

**4) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația de a achita 50% din din prețul Evaluării biofizice inițiale în situația în care nu se prezintă la data și ora stabilită conform programării confirmate și nu informează prestatorul în acest sens, în scris printr-un e-mail la [programari@transilvaniahealing.ro](mailto:programari@transilvaniahealing.ro), cu cel puțin 3 zile lucrătoare, anterior datei pentru care s-a confirmat programarea.

### 6.2. Obligațiile **pacientului/ reprezentantului legal al pacientului minor**:

**1) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația de a achita în integralitate prețul contractului în conformitate cu prevederile prezentei convenții.

**2) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația de a se prezenta la sediul Centrului de sănătate și medicină integrativă al prestatorului în ziua și la ora stabilită, conform programării confirmate efectuate în condițiile cap. V., sub rezerva dispozițiilor art. 5.6.

**3) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația de a semna formularul privind consimțământul informat referitor la tratamentul/procedura la care va fi supus și de a-l transmite **prestatorului** împreună cu prezentul contract

**4) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația să pună la dispoziția **prestatorului** toate informațiile și datele necesare prestării serviciilor solicitate și care concură la buna desfășurare a activității și la realizarea scopului prezentului contract.

**5) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația să îl informeze pe **prestator** în timp util despre orice modificare intervenită față de termenii și condițiile stabilite inițial pentru serviciile solicitate și care ar putea afecta buna derulare a contractului și realizarea scopului lui.

**6) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația de a respecta regulamentele interne și politicile interne ale Centrului de sănătate și medicină integrativă TRANSILVANIA HEALING CENTRE.

**7) Pacientul/ reprezentantul legal al pacientului minor** are obligația de a păstra confidențialitatea condițiilor prezentului contract și a informațiilor referitoare la **prestator**, informații pe care le dobândește în executarea acestuia.

## VII. RĂSPUNDEREA PĂRȚILOR

**7.1.** Oricare dintre părți răspunde una față de cealaltă pentru neîndeplinirea totală, parțială sau cu întârziere a oricăreia dintre obligațiile asumate de către aceasta prin prezentul contract.

**7.2.** În situația în care oricare dintre părți nu își îndeplinește oricare dintre obligațiile stipulate în prezentul contract, cealaltă parte are dreptul de a rezoluționa prezentul contract, fără intervenția instanțelor de judecată, însă cu obligația de a comunica celeilalte părți o somație prealabilă în 5 zile, în acest sens, partea în culpă pentru neîndeplinirea obligațiilor asumate prin prezentul contract fiind obligată să achite părții îndreptățite la rezoluțiunea unilaterală a contractului, daune-interese pentru prejudiciul cauzat în termen de 5 zile de la comunicarea somației.

**7.3.** Rezoluțiunea contractului nu produce niciun efect asupra obligațiilor scadente și neonorate, existente între părți.

## VIII. CLAUZE FINALE

8.1. Părțile vor respecta toate actele normative emise de către autoritățile publice locale și centrale, standardele și dispozițiile aplicabile derulării prezentului contract.

8.2. Orice litigii ce apar referitor la prezentul contract vor fi deferite spre soluționare instanțelor de judecata competente din Cluj-Napoca.

8.3. Modificarea prezentului contract se face numai prin act adițional încheiat între părțile contractante și care face parte din prezentul contract.

**Părțile declară că au citit în întregime contractul, că au înțeles conținutul acestuia, drepturile și obligațiile ce le revin și că acceptă în mod expres, prin semnare, clauzele contractuale, inclusiv clauzele neuzuale, astfel cum acestea au fost negociate și cuprinse în prezentul Contract.**

Prezentul contract a fost încheiat prin mijloace de comunicare la distanță, astăzi .....

**PRESTATOR**

**TRANSILVANIA HEALING CENTRE S.R.L.**

**PACIENT/**

**REPREZENTANT LEGAL AL PACIENTULUI MINOR**