



Zorg- en dienstverleningsovereenkomst

Geriatrische revalidatiezorg (GRZ)

Contractpartijen

<i>Naam zorgaanbieder:</i>	Stichting Coloriet
<i>Adres:</i>	Middenweg 5
<i>Postcode:</i>	8232 JT
<i>Gevestigd te:</i>	Lelystad
<i>KvK-nummer:</i>	39075012
<i>Telefoonnummer:</i>	0320-290508
<i>E-mail:</i>	klantadvies@coloriet.nl

Stichting Coloriet wordt bij het aangaan van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst (GRZ) rechtsgeldig vertegenwoordigd door:

mr. J.G. Meijs - Raad van Bestuur Coloriet

hierna aangeduid als "**wij**" of "**ons**"

en

Aanhef:

Naam:

Adres:

Postcode/plaats:

Geboortedatum:

BSN nummer:

Telefoonnummer:

E mail adres:

Indien u niet in staat bent deze overeenkomst te ondertekenen, wordt u bij het sluiten van deze overeenkomst

vertegenwoordigd door een (schriftelijk) gemachtigde. De (schriftelijk) gemachtigde is:

de heer/mevrouw:

adres:

postcode/woonplaats:



of

vertegenwoordigd door een curator/mentor. De curator/mentor is:

de heer/mevrouw:

adres:

postcode/woonplaats:

hierna (tezamen) aangeduid als "u"

Deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst gaat in op

Duur van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst:

Tot einde DBC traject

Aanvullende diensten

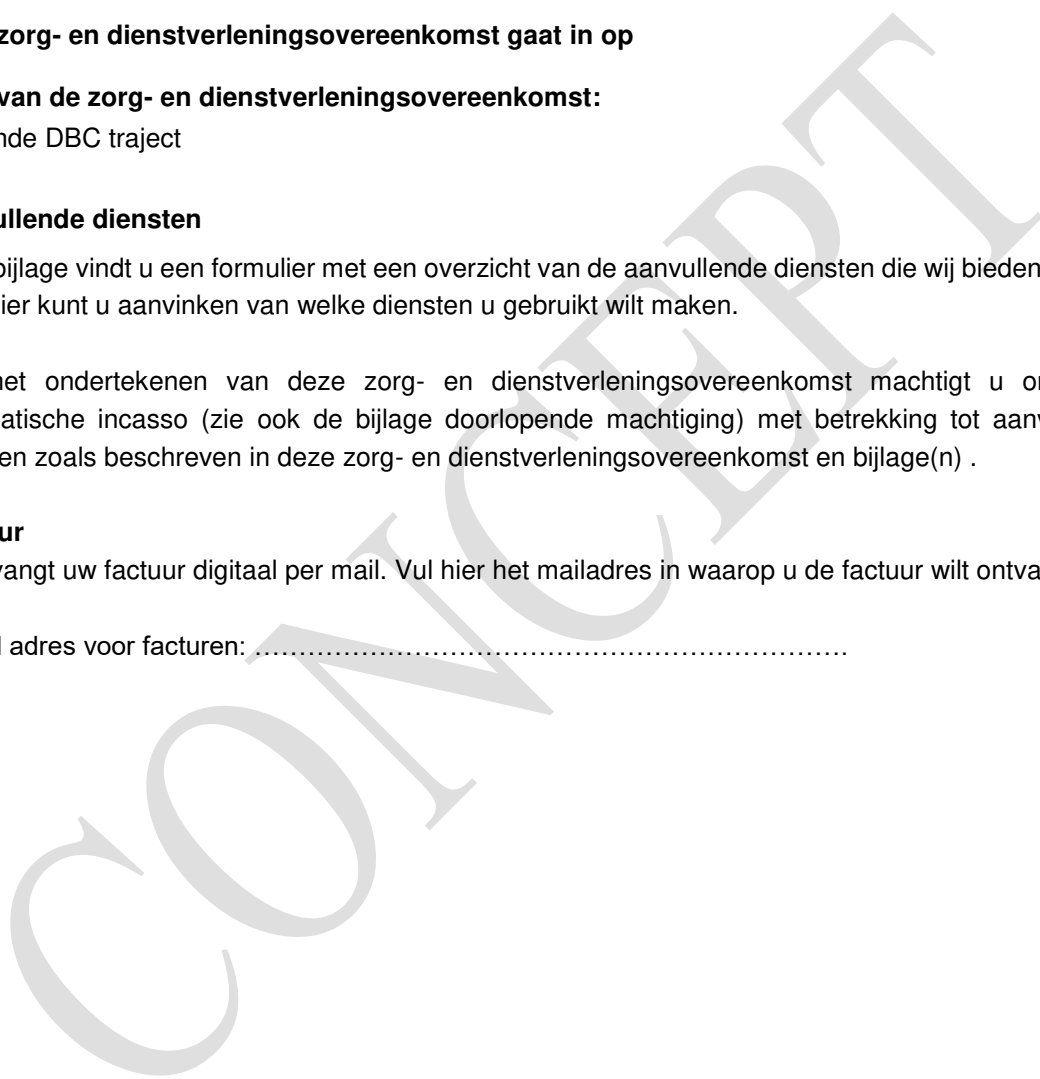
In de bijlage vindt u een formulier met een overzicht van de aanvullende diensten die wij bieden. Op het formulier kunt u aanvinken van welke diensten u gebruikt wilt maken.

Met het ondertekenen van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst machtigt u ons voor automatische incasso (zie ook de bijlage doorlopende machtiging) met betrekking tot aanvullende diensten zoals beschreven in deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst en bijlage(n) .

Factuur

U ontvangt uw factuur digitaal per mail. Vul hier het mailadres in waarop u de factuur wilt ontvangen:

E-mail adres voor facturen:





Op de afspraken die wij in deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst met u hebben gemaakt over de door ons te verlenen zorg zijn de volgende voorwaarden van toepassing:

- ✓ Algemene voorwaarden Coloriet (algemene module)
- ✓ Bijzondere module Geriatrische Revalidatie

U vindt bovenstaande voorwaarden op onze website (www.coloriet.nl/algemene-voorwaarden).

Wanneer u bij ons komt revalideren stellen wij samen met u een zorgplan op die deel uitmaakt van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst.

Op onze website vindt u ook een overzicht van belangrijke zaken waar u aan moet denken als u bij ons komt revalideren. Hier vindt u ook antwoord op de meest gestelde vragen. Ga naar www.coloriet.nl/checklistgrz voor dit overzicht.

Graag attenderen wij u erop dat deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst en ook de eventuele bijlagen ingevuld en ondertekend dienen te worden geretourneerd.

Uw naam

mr. J.G. Meijs
Raad van Bestuur Coloriet

Uw handtekening

Handtekening namens Coloriet

.....

.....

Handtekening curator/mentor

.....

Handtekening gemachtigde

.....

Datum:

Datum:



Bijlage 1 Aanvullende zorg en diensten

Behorende bij zorg- en dienstverleningsovereenkomst Coloriet

Naam :
Geboortedatum : xx-xx-xxxx

Verklaart

Met ingang van gebruik te willen maken van de volgende faciliteiten en diensten:

Diensten*

- Woon/leefklimaat
- Merken kleding (eenmalig)
- Wassen bovenkleding
- Wassen onderkleding
- Kapper (n.v.t. in De Sfinx)

Geen aanvullende zorg en diensten

De tarieven van de aanvullende diensten vindt u op www.coloriet.nl/tarieven.

Met de ondertekening van deze bijlage en bijlage 2 'Doorlopende machtiging S€PA' behorende bij deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst machtigt u Coloriet voor automatische incasso voor aanvullende zorg en diensten.

Aldus in tweevoud opgemaakt en getekend te:

Datum:-.....-.....

Naam cliënt of diens vertegenwoordiger :

Handtekening cliënt of diens vertegenwoordiger :



Bijlage 2 Doorlopende machtiging S€PA

Behorende bij zorg- en dienstverleningsovereenkomst Coloriet

Naam : Stichting Coloriet
Adres : Postbus 577
Postcode : 8200 AN
Woonplaats : Lelystad
Incassant ID : NL62ZZZ390750120000

Door ondertekening van dit formulier geeft u toestemming aan

- stichting Coloriet om doorlopende incasso-opdrachten te sturen naar uw bank om een bedrag van uw rekening af te schrijven wegens verschuldigde betalingen en
- uw bank om doorlopend een bedrag van uw rekening af te schrijven overeenkomstig de opdracht van stichting Coloriet

De factuur dient als prenotificatie (vooraankondiging) van de incasso. Op de factuur staat het kenmerk van de machtiging (=debiteurennummer) vermeld.

Een eerste incasso zal zeven werkdagen na factuurdatum worden geïncasseerd. Een vervolginccasso zal vier werkdagen na factuurdatum worden geïncasseerd.

Als u het niet eens bent met de afschrijving kunt u deze laten terugboeken. Neem hiervoor binnen acht weken na afschrijving contact op met uw bank. Vraag uw bank naar de voorwaarden.

Naam cliënt :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

IBAN bankrekeningnummer :

Plaats en datum :

Naam cliënt of diens
vertegenwoordiger :

Handtekening cliënt of diens
vertegenwoordiger :



Bijlage 3 Toestemming opvragen medische gegevens

Behorende bij zorg- en dienstverleningsovereenkomst Coloriet

Hierbij geeft:

Naam :
Geboortedatum : xx-xx-xxxx

toestemming aan de specialist ouderengeneeskunde van Coloriet om medische informatie op te vragen bij dan wel te verstrekken aan de huisarts, medisch specialist(en), vorige behandelinstelling en/of de apotheek.

Aldus in tweevoud opgemaakt en getekend te:

Datum:-.....-.....

Naam cliënt of diens vertegenwoordiger :

Handtekening cliënt of diens vertegenwoordiger :