



Zorg- en dienstverleningsovereenkomst Modulair pakket thuis (MPT)

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 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 en met einde MPT

Diensten geleverd door Coloriet

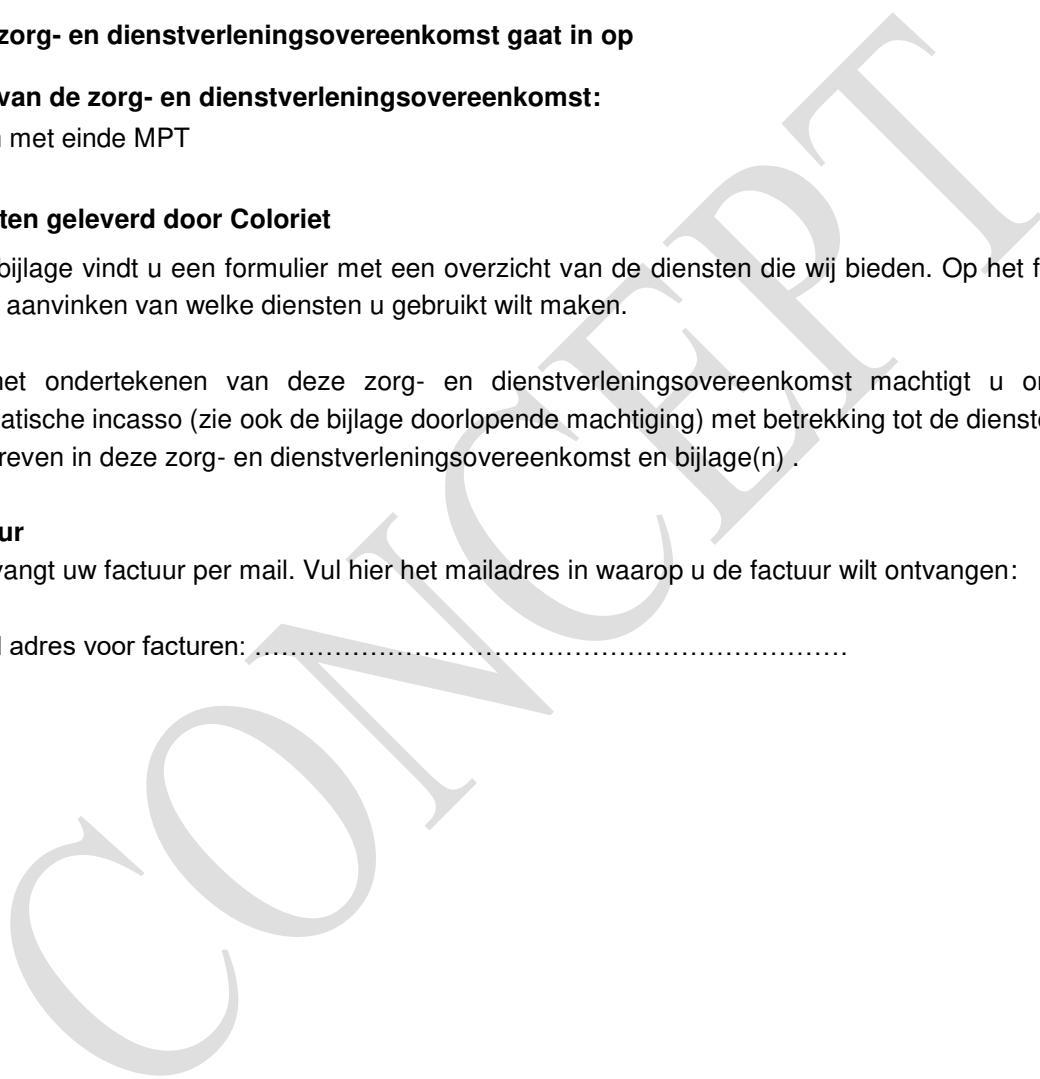
In de bijlage vindt u een formulier met een overzicht van de diensten die wij bieden. Op het formulier kunt u aanvinken van welke diensten u gebruikt wilt maken.

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

Factuur

U ontvangt uw factuur 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 VPT en MPT

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

Wanneer u thuiszorg van ons krijgt 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 thuiszorg van ons krijgt. Hier vindt u ook antwoord op de meest gestelde vragen. Ga naar www.coloriet.nl/checklist-thuiszorg voor dit overzicht.

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

Uw naam

mr. J.G. Meijs
Raad van Bestuur Colorietwat

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:

In het zorgplan leggen we samen vast welke zorg van het MPT pakket door Coloriet wordt geleverd. Daarnaast kunt u van onderstaande diensten gebruik maken:

Dagactiviteiten (alleen geldig voor bezoekers Coloriet dagbesteding locaties)
<input type="checkbox"/> Lage bijdrage dagactiviteiten (bij 1 of 2 dagen dagbesteding)
<input type="checkbox"/> Hoge bijdrage dagactiviteiten (vanaf 3 dagen dagbesteding)
De wijkverpleegkundige of coach Welzijn geeft u meer informatie over de maaltijden op de dagbesteding locatie waar u naar toe gaat.

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 wijkverpleegkundige /casemanager 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: Lelystad

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

Naam cliënt of diens vertegenwoordiger :

Handtekening cliënt of diens vertegenwoordiger :