

**SMLOUVA O POSKYTNUTÍ SLUŽBY
ZDRAVOTNÍHO DOZORU NA KULTURNÍCH, SPORTOVNÍCH A JINÝCH
SPOLEČENSKÝCH AKCÍCH**

Níže uvedeného dne, měsíce a roku **u z a v í r a j í**:

1. *Poskytovatel*: Oblastní spolek Českého červeného kříže Nymburk
Sídlo: nám. T.G.M. 1130/111 Poděbrady 29001
IČ: 00425 796
Zastoupený: Marií Chytilovou, ředitelkou

v textu této smlouvy dále jen „Poskytovatel“

a

2. *Uživatel*:
Adresa:

v textu této smlouvy dále jen „Uživatel“

Zastoupený:

I.

Rozsah poskytovaných služeb

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytnout Uživateli službu zdravotního dozoru včetně poskytnutí zdravotního materiálu.

II.

Stravování

- (1) Uživatel se zavazuje poskytnout Poskytovateli stravu při trvání zdravotního dozoru déle než 4 hodiny. Cesta příjezdu a odjezdu na a z místa zdravotního dozoru se do tohoto času nezapočítává.

III.

Místo a čas poskytování služeb

- (1) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují na místě předem domluveném. V případě konání akcí ve venkovních prostorech zajistí Uživatel chráněný prostor pro případ nepřízně počasí popř. ochránění členů zdravotního dozoru před přímým slunečním zářením, větrem a pod.

- (2) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují od 8.00 hod. do 22.00 hod. Cesta příjezdu a odjezdu na a z místa zdravotního dozoru se do tohoto času nezapočítává.

IV.

Výše úhrady a způsob jejího placení

- (1) Uživatel se zavazuje uhradit Poskytovateli za služby sjednané v čl. I, úhradu ve výši 450,-Kč za 60 min. konání zdravotního dozoru. V ceně služby je zahrnut nákup zdravotního materiálu, cestovné do 50 km od Poděbrad a odměna zdravotníků. Místo konání zdravotního dozoru nad 50 km od Poděbrad hradí cestovné Uživatel.
- (2) Uživatel se zavazuje a je povinen zaplatit úhradu podle tohoto článku Smlouvy bezhotovostním převodem na účet Poskytovatele č. 196331281, kód banky 0300 (**VS 666**) nebo hotově v sídle organizace (nám. T.G.M. 1130/111, Poděbrady – budova Pentagonu 8. patro). Výše úhrady musí být připsána na účet Poskytovatele **alespoň 2 dny** před konáním zdravotního dozoru.

Požadavek na poskytnutí služby zdravotního dozoru

den pořádání akce:

doba od do hod.

místo:

kontaktní osoba:

mobil na kont. osobu:

e-mail:

V..... dne

.....
Uživatel zastoupený

.....
Poskytovatel
zastoupený ředitelkou OSČČK Nymburk
Marií Chytilovou