

Gastronomie & Service – Evangelisches Krankenhaus Lippstadt

Vertrag zur Menüversorgung

§ 1 Gegenstand

Gegenstand dieses Vertrages ist die Belieferung mit einer täglichen warmen Mittagsmahlzeit. Auf Wunsch kann die Lieferung auf bestimmte Wochentage eingeschränkt werden. Es gibt das Leistungsverzeichnis des EvK-Menüservice in seiner jeweils gültigen Fassung. Zur Belieferung werden zwei Tablett Systeme vorgehalten. Das Tablettssystem des Vortages wird vom EvK-Menüservice-Fahrdienst am Folgetag wieder mitgenommen.

§ 2 Preise und Zahlungsmodalitäten

Die Preise ergeben sich aus dem jeweils gültigen Leistungsverzeichnis und betragen z. Z. **11,50 € für eine warme Mahlzeit** incl. Dessert. Darin ist die gesetzliche MwSt. enthalten.

Die Bezahlung kann auf folgende Art erfolgen:

- monatlich per Einzugsermächtigung nach Rechnungsstellung
- monatlich durch Überweisung nach Rechnungsstellung

Gesondertes Abholen von Essensboxen außerhalb der geplanten Touren wird pro Einsatz mit 3,50 € in Rechnung gestellt.

§ 3 Laufzeit und Kündigung

Der Vertrag wird mit einer unbestimmten Laufzeit geschlossen.

Das Essen kann von Montag bis Donnerstag in der Zeit v. 09:00-12:00 Uhr bzw. 13:00-15:00 Uhr mit einem Vorlauf von 48 Stunden be- und abbestellt werden. BITTE nur unter 02941-988930!!

Ungeplante stationäre Aufenthalte in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen sowie Todesfall gelten als außergewöhnliche Gründe und führen zur Unterbrechung bzw. Beendigung der Belieferung.

§ 4 Gewährleistung

Das Evangelische Krankenhaus gewährleistet die Einhaltung der gültigen gesetzlichen Bestimmungen bei der Herstellung und Auslieferung der im Rahmen dieses Vertrages vereinbarten Speisen. Weitergehende Haftungsansprüche sind ausgeschlossen.

§ 5 Datenschutz

Die Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit sowie zur Beachtung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Zur Leistungserbringung erforderliche personenbezogene Daten dürfen erhoben, verarbeitet und an Dritte weitergegeben werden. Hierzu verweisen wir ausdrücklich auf die Inhalte der Anlage 4.

§ 6 Sonstige Vereinbarungen

Es besteht keine gesetzliche Betreuung -----

Kunde/ Bevollmächtigter

Ev. Krankenhaus Lippstadt

b. w.

Einwilligungserklärungen nach den Datenschutzbestimmungen

Ich bin damit einverstanden, dass die Diakoniestation am Evangelischen Krankenhaus Lippstadt gGmbH folgende meiner personenbezogenen Daten wie folgt verarbeitet. Eine Einwilligung in die jeweilige Verarbeitung erfolgt durch ankreuzen derselben. Nicht gegebene Einwilligungen führen unter Umständen zu einem Ausschluss von Leistungen.

(1) Stammdaten

✓ Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Kostenträger, Geburtsort, Konfession, Familienstand, letzter Wohnort, Kontakte wie Angehörige/ Bekannte/ Haus- und Fachärzte, Geburtsname

(2) Weitergabe von personenbezogenen Daten an Dritte

✓ An die **Abrechnungsstelle im Evangelischen Krankenhaus Lippstadt** zum Zweck der Abrechnung der erbrachten Leistungen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann. Im Fall des Widerrufs können unter Umständen Einschränkungen in der Versorgung bzw. finanzielle Nachteile (z.B. verspätete oder abgelehnte Kostenzusage eines Sozialleistungsträgers) entstehen.

Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:
Diakoniestation am Evangelischen Krankenhaus Lippstadt gGmbH
Goethestr. 27
59555 Lippstadt
E-Mail: info@diakonie-lippstadt.de
Fax: 02941/ 988932

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet. Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter: www.ev-krankenhaus.de/datenschutz.html

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Kundin/Kunde/ Bevollmächtigter)

