

**2016**

**CONTRATO DE ADMISIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS CENTRO  
ASISTENCIAL PARA LA TERCERA EDAD**



**RESIDENTE:**

## CONTRATO DE ADMISIÓN Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN CENTRO ASISTENCIAL PARA PERSONAS MAYORES.

En Camarzana de Tera, a de de .

### REUNIDOS:

De una parte, , mayor de edad, con domicilio en , de Camarzana de Tera y N.I.F. , como representante legal de la empresa , con C.I.F. , empresa titular del Centro Asistencial para la tercera edad denominado , ubicada en . (en adelante RESIDENCIA).

Y de la otra, , (En adelante el residente), mayor de edad, estado civil, domiciliada en , con NIF: Seguridad Social: , representado por , conforme mayor de edad, con , con domicilio en , actuando en nombre propio.

**AMBAS PARTES SE RECONOCEN PLENA CAPACIDAD LEGAL PARA CONTRATAR Y OBLIGARSE EN ESTE ACTO, Y.**

### MANIFIESTAN:

- A. Que **LA RESIDENCIA**, es una entidad de SERVICIO SOCIAL e iniciativa privada, cuya finalidad es acoger en régimen residencial a personas de la denominada "TERCERA EDAD", y según el REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO, que firma el residente como anejo al presente contrato.
- B. Que **EL RESIDENTE**, conoce las instalaciones de LA RESIDENCIA, así como las condiciones de alojamiento, sociales, sanitarias y económicas, considerándolas de su completa satisfacción.
- C. El ingreso del **RESIDENTE**, se efectúa libremente, y estando conforme con el REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR DE LA RESIDENCIA.

**AMBAS PARTES FORMALIZAN EL PRESENTE CONTRATO QUE SE REGISTRARÁ EN BASE A LAS SIGUIENTES ESTIPULACIONES:**

- 1) **EL RESIDENTE**, ingresará en la **RESIDENCIA**, el día , fecha a partir de la cual empezará a computar la mensualidad pactada.
- 2) Que el presente contrato tendrá la duración de un año y se renovará automáticamente por periodos iguales, excepto que alguna de las partes lo comunique con 30 días de antelación al vencimiento del mismo, y por escrito, la no renovación.

Que el precio estipulado de la estancia del RESIDENTE, será de:  
mensuales, más el IVA correspondiente y contra el libramiento de la correspondiente factura.

El **RESIDENTE** o su **REPRESENTANTE LEGAL**, autorizan a la empresa al cobro de la mensualidad, fianza y gastos que se originen de cualquier tipo por la prestación del servicio a favor de la , mediante recibo domiciliado bancario en la cuenta corriente:  
Los recibos bancarios se cobrarán por mes anticipado.

- 3) El impago de un recibo bancario correspondiente a una mensualidad, faculta a la empresa , a la rescisión del presente contrato y a desalojar de la RESIDENCIA al RESIDENTE.
- 4) En el supuesto de que EL RESIDENTE falleciese en la RESIDENCIA, todos los gastos ocasionados con el motivo del luctuoso suceso (traslados del cadáver, velatorios, entierros, etc) serán por cuenta de los herederos del RESIDENTE, y en primer término del REPRESENTANTE LEGAL autorizado en el presente contrato o los familiares suscribientes.
- 5) El precio de los servicios pactados variará según el IPC, publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). No obstante, el precio pactado, podrá ser modificado por LA RESIDENCIA, si EL RESIDENTE incrementara su discapacidad tomando como base la escala de valoración funcional del A.V.D. de KATZ, complementada, si fuera necesario, por las escalas de valoración médica, psíquica y/o física. Para evitar irregularidades o arbitrariedades en la interpretación, el RESIDENTE y/o SUS REPRESENTANTES O FAMILIARES, rellenarán y firmarán como anejo al presente contrato un cuestionario de “EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE LA VIDA DIARIA” según “ÍNDICE DE KATZ” y la TABLA de NIVELES DE MINUTA, según el mencionado índice. El mero informe por escrito del MÉDICO GERIATRA de la RESIDENCIA, sobre incremento de la discapacidad, servirá para provocar la subida de tarifa pactada.
- 6) El RESIDENTE entrega como fianza la cantidad de: mensuales, más el IVA correspondiente.

Sirviendo el presente documento contractual como **CARTA DE PAGO**. Al finalizar la estancia, se liquidará la presente garantía.

- 7) Se consideran a efecto de notificaciones o comunicaciones de LA RESIDENCIA los domicilios tanto del RESIDENTE como de sus REPRESENTANTES LEGALES. En el supuesto de no ser localizado ningún REPRESENTANTE del RESIDENTE, LA RESIDENCIA, queda facultada, en los supuestos de impago de mensualidades o de incumplimiento del REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR, a desalojar y trasladar al RESIDENTE al CENTRO PÚBLICO que estime más oportuno. En el supuesto de que los REPRESENTANTES O FAMILIARES DEL RESIDENTE, se den por enterados de la comunicación de LA RESIDENCIA, en relación a lo anteriormente expresado, LA RESIDENCIA, desalojaría y trasladaría AL RESIDENTE, a partir de los 30 días siguientes de la notificación.
- 8) EL RESIDENTE, así como SU REPRESENTANTE, se comprometen solidariamente a cumplir todas las estipulaciones contenidas tanto en el PRESENTE CONTRATO COMO EN EL REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERIOR DE LA RESIDENCIA, que declaran conocer y se firma conjuntamente con el presente contrato.
- 9) LA RESIDENCIA se compromete a cumplir y a hacer cumplir al personal a su servicio la normativa de RÉGIMEN INTERIOR y con preferente atención todo aquello que pueda hacer más confortable y agradable la estancia del RESIDENTE EN EL CENTRO.
- 10) LA RESIDENCIA no se hace responsable de los accidentes o percances sufridos por el RESIDENTE fuera del recinto de LA RESIDENCIA. Sin embargo, se hará responsable de los accidentes, percances e impericias profesionales ocurridas dentro del recinto de LA RESIDENCIA, para ello , tiene suscrita “UNA PÓLIZA DE SEGUROS DE ACCIDENTES, RESPONSABILIDAD CIVIL Y NEGLIGENCIA PROFESIONAL” con la compañía de seguros: .
- 11) En caso de ausencia voluntaria no superior a 50 días anuales, se reservará la plaza y LA RESIDENCIA, seguirá cobrando la mensualidad pacta, descontando únicamente la parte correspondiente a la alimentación del residente; estipulándose que el precio diario por alimentación son:

- 12) **LOS RESIDENTES** deberán anunciar la baja voluntaria con un preaviso de 15 días. En caso contrario, **LA RESIDENCIA**, al hacer la liquidación queda facultada para cobrar los días pactados de preaviso.
- 13) La residencia **NO SE HACE RESPONSABLE**, de los objetos personales, que no estén depositados en la caja fuerte de la residencia.
- 14) EL **RESIDENTE**, en caso de fallecimiento, autoriza a la **RESIDENCIA** para efectuar la entrega de los bienes y objetos personales del **RESIDENTE**, existentes en el centro a:
- 15) Para cualquier discrepancia entre las partes, ambas, renuncian a su propio fuero y se someten de forma expresa a la competencia de los juzgados y tribunales de Benavente.
- 16) **EL RESIDENTE Y/O SUS REPRESENTANTES** declaran haber recibido y firmado **EL REGLAMENTO DE RÉGIMEN INTERNO DE LA RESIDENCIA Y EL CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD**.
- 17) **EL FAMILIAR FIRMANTE, O EL REPRESENTANTE DEL RESIDENTE**, se responsabiliza y obliga solidariamente a responder de la **DEUDA** que hubiese dado lugar el objeto del presente **CONTRATO**, en todo caso con renuncia expresa de los beneficios de división, orden y excusión, lo que firman para su constancia a todos los efectos.
- 18) Conforme el imperativo legal y en cumplimiento del contenido de los Artículos 204 y 211, del Código Civil, se informa a los **FIRMANTES** del **CONTRATO**, que la dirección del CENTRO procederá a poner en conocimiento de la **AUTORIDAD JUDICIAL**, cualquier situación de **INCAPACIDAD MENTAL DEL INTERNO**.

En prueba de conformidad las partes contratantes, firman por duplicado ejemplar y a un solo efecto, en el sitio y fechas señalados

Fdo. Por el Residente

Fdo. Por la Residencia

Fdo.

Fdo.

EL Representante

Fdo.

## ANEXO I

### AUTORIZACIÓN DE REPRESENTANTE:

Por la presente, yo \_\_\_\_\_, con **NIF:** \_\_\_\_\_, designo como representante voluntario a \_\_\_\_\_, con **NIF:** \_\_\_\_\_, para que obtenga el derecho de acceso a mis datos personales los cuales figuran en el fichero CLIENTES Y PROVEEDORES y/o HISTORIAL CLÍNICO, cuyo titular es la residencia \_\_\_\_\_, a la cual se los he cedido voluntariamente de forma previa.

Nombre del representado (el residente)	
DNI	
Firma	
Nombre del representante	
DNI	
Firma	

*\*Anexar copia de su Documento Nacional de Identidad o documento equivalente del sujeto representante.*

## ANEXO II

### INFORMACIÓN A LOS RESIDENTES:

De acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos personales que nos facilite, serán incorporados a un fichero titularidad de la empresa \_\_\_\_\_, con domicilio en C/ \_\_\_\_\_, que cumple con las medidas de seguridad exigidas en el Real Decreto 994/1999 de 11 de junio, y cuya finalidad es el seguimiento y control sanitario y personal del residente.

Como cliente de la empresa \_\_\_\_\_ podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, comunicándolo por escrito a la dirección \_\_\_\_\_.

Fdo. Por el Residente

Fdo. Por la Residencia

Fdo.

Fdo.

EL Representante

Fdo.

## ANEXO III

### INFORMACIÓN ACERCA DE DATOS ESPECIALMENTE PROTEGIDOS

En base a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (a partir de ahora LOPD) le informamos de los siguientes:

- Con la firma del presente contrato se autoriza a que los datos personales sean incorporados a las bases de datos de la entidad, para la gestión interna y la atención a los usuarios y cedidos a las Administraciones Públicas en cumplimiento de la normativa. Los datos de salud del usuario serán tratados con el único fin de otorgar la necesaria atención al usuario.
- Esta empresa ha recogido datos de carácter personal que le conciernen y los ha incorporado a un fichero de titularidad que cumple con la normativa vigente en materia de protección de datos.
- Los datos han sido recogidos de su historial personal y facilitados por la familia.
- La finalidad del tratamiento de sus datos es la atención socio sanitaria en el centro .
- Sus datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la que han sido recabados o registrados.
- Del mismo modo, autoriza a captar e incluir imágenes en las que aparezca el usuario en las diversas publicaciones (página web, revista, carteles, actos publicitarios, etc.) que la Entidad elabora, con el fin de dar a conocer sus actividades y promoción de la misma.

Si no desea la publicación de imágenes marque el siguiente cuadro.

- No serán conservados en forma que permita la identificación del interesado, durante un período superior al necesario para los fines en base a los cuales han sido recabados o registrados.
- De acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, Vd. tiene derecho en cualquier momento a acceder, rectificar, cancelar, oponerse o impugnar los datos referentes a su persona o a su representado incluidos en los ficheros de la Entidad, dirigiéndose a:
  
- El responsable del fichero, y, en su caso, el encargado del tratamiento, han adoptado las medidas de índole técnica y organizativa necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal, según las condiciones establecidas en la legislación vigente.

Fdo. Por el Residente

Fdo. Por la Residencia

Fdo.

Fdo.

EL Representante

Fdo.

## ANEXO IV

### Orden de domiciliación de adeudo directo SEPA. Core 1

A cumplimentar por el Acreedor	Referencia de la orden de domiciliación:
	Identificador del acreedor:
	Nombre del acreedor:
	Dirección:
	Código postal - Población – Provincia:
	País:

**Mediante la firma de esta orden de domiciliación, el deudor autoriza (A) al acreedor a enviar instrucciones a la entidad del deudor para adeudar su cuenta y (B) a la entidad para efectuar los adeudos en su cuenta siguiendo las instrucciones del acreedor. Esta orden de domiciliación está prevista para operaciones exclusivamente entre empresas y/o autónomos. El deudor no tiene derecho a que su entidad le reembolse una vez que se haya realizado el cargo en cuenta, pero puede solicitar a su entidad que no efectúe el adeudo en la cuenta hasta la fecha debida. Podrá obtener información detallada del procedimiento en su entidad financiera.**

**By signing this mandate form, you authorize (A) {NAME OF CREDITOR} to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from {NAME OF CREDITOR}. This mandate is only intended for business-to-business transactions. You are not entitled to a refund from your bank after your account has been debited, but you are entitled to request your bank not to debit your account up until the day on which the payment is due. Please contact your bank for detailed procedures in such a case**

A cumplimentar por el Deudor	Nombre del deudor/es:			
	Dirección del deudor:			
	Código postal - Población – Provincia:			
	País del deudor:			
	Swift BIC:			
	Nº de cuenta – IBAN:			
	Tipo de pago:		Pago recurrente	Pago único
	Fecha – Localidad:			
	Firma del deudor:			

Fdo.

**TODOS LOS CAMPOS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS OBLIGATORIAMENTE.  
UNA VEZ FIRMADA ESTA ORDEN DE DOMICILIACIÓN DEBE SER ENVIADA AL ACREEDOR PARA SU CUSTODIA.  
LA ENTIDAD DE DEUDOR REQUIERE AUTORIZACIÓN DE ÉSTE PREVIA AL CARGO EN CUENTA DE LOS ADEUDOS DIRECTOS B2B.  
EL DEUDOR PODRÁ GESTIONAR DICHA AUTORIZACIÓN CON LOS MEDIOS QUE SU ENTIDAD PONGA A SU DISPOSICIÓN.**