



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

CONTRATTO DI CONVENZIONE

(Da compilare ed inviare a mezzo e-mail all'indirizzo echc.crlwork@gmail.com)

Roma, ____ / ____ / ____

Oggetto: Convenzione relativa alla fornitura di servizi di assistenza domiciliare

La Cooperativa **ECHC (EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK)**, con sede in Roma, Via Antonio Ciamarra 167, codice fiscale e partita IVA n°15790131005, iscrizione REA n°1614208, in persona del proprio rappresentante:

Sig. _____, nato/a _____, prov. _____,
il ____/____/_____, codice fiscale _____,

E:

Lo studio medico _____

in via: _____ n°: _____

Cap e città: _____ Prov: _____

Partita IVA: _____ Tel: _____

Fax: _____ E-mail: _____

PREMESSO CHE:

1. Che **ECHC** è una società leader nel settore dei servizi di assistenza domiciliare;
2. Che lo studio medico _____

ritiene utile mettere a disposizione dei propri assistiti la possibilità di richiedere e prenotare direttamente servizi assistenziali e sanitari a domicilio forniti da parte di operatori specializzati;



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

3. Che **ECHC** opera per il tramite di un sistema integrato di prenotazioni ed erogazioni di servizi di assistenza domiciliare tramite propria Centrale Operativa (di seguito “CO”);
4. Che **ECHC** gestisce ed organizza servizi di assistenza domiciliare sia in proprio che avvalendosi di soggetti terzi.

LE PARTI CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE:

1. Oggetto della Convenzione

- 1.1. **ECHC** mette a disposizione dello studio medico _____
per i suoi assistiti (di seguito “UTENTI”) un accesso privilegiato al proprio CO;
- 1.2. **ECHC** mette a disposizione degli UTENTI l’utilizzo gratuito della sua CO attiva 24 ore su 24, 365 giorni l’anno attraverso il NUMERO VERDE gratuito **800681473**, mediante il quale gli UTENTI potranno richiedere informazioni e prenotare i servizi di assistenza domiciliare;
- 1.3. **ECHC** si impegna a far riconoscere agli UTENTI uno sconto del **5%** (cinque per cento) sulle prestazioni di assistenza domiciliare prenotate attraverso il NUMERO VERDE ed erogate dalla CO. Lo sconto sarà applicato alle condizioni e con le modalità descritte nella “Proceduta operativa” riportata nell’allegato C della presente convenzione;
- 1.4. **ECHC** garantisce che i servizi effettivamente erogabili verranno eseguiti entro le 48 ore successive alla richiesta pervenuta alla CO della **ECHC**, salvo diverse esigenze dell’UTENTE.

2. Condizioni generali.

- 2.1. I servizi di assistenza domiciliare accessibili attraverso la presente convenzione sono elencati nell’allegato A;
- 2.2. Gli UTENTI potranno usufruire dei servizi di assistenza domiciliare alle condizioni di favore a loro riservate purché si attengano alla procedura operativa descritta nell’allegato C. In particolare:



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

- A. La richiesta dei servizi da parte degli UTENTI dovrà essere inoltrata esclusivamente per via telefonica alla CO della **ECHC** attraverso il NUMERO VERDE messo a disposizione dalla **ECHC** stessa;
- B. Nella richiesta telefonica, gli UTENTI dovranno sempre segnalare preventivamente l'adesione alla presente convenzione, evidenziando il rapporto esistente con lo studio medico _____
_____;
- C. Nella richiesta telefonica, gli UTENTI dovranno fornire alla CO di **ECHC**, con sufficiente precisione, tutte le indicazioni previste in relazione allo scopo, al luogo e ai tempi del servizio da pagare;
- D. Dopo l'acquisizione delle informazioni di cui ai precedenti punti B e C, e valutata positivamente la possibilità di erogazione del servizio, **ECHC** contatterà l'UTENTE tramite CO secondo le modalità descritte nella procedura operativa al fine di erogare i servizi richiesti.

2.3. **ECHC** provvederà all'espletamento dell'attività di coordinamento, organizzazione ed erogazione dei servizi con la più ampia autonomia organizzativa, gestendo con la massima indipendenza le risorse materiali ed umane a disposizione al fine di raggiungere il risultato oggetto della presente convenzione;

2.4. Lo studio medico _____ si impegna a designare uno o più referenti per la gestione dei rapporti con **ECHC**, i cui riferimenti verranno indicati nell'allegato B;

2.5. I servizi potranno essere richiesti ed erogati solo nelle zone coperte dai centri delle **ECHC** elencati nel sito www.echc.it;

2.6. Fermo restando l'impegno a prendere in considerazione tutte le richieste pervenute, **ECHC** si riserva la facoltà, a propria insindacabile discrezione, di non eseguire il servizio, dandone tempestiva e motivata comunicazione telefonica all'UTENTE tramite gli operatori della CO;

3. Comunicazione e promozione dei servizi

3.1. Lo studio medico _____ garantisce alla **ECHC** che il presente accordo sarà comunicato ai suoi assistiti con i modi ed i mezzi più opportuni;



3.2. Lo studio medico _____ autorizza **ECHC** a poter pubblicare e promuovere questa convenzione attraverso il proprio sito internet www.echc.it e attraverso i propri profili dei social network;

4. Impegno di correttezza, professionalità e riservatezza

4.1. Le parti si impegnano, anche per conto dei propri dipendenti e collaboratori, a mantenere assolutamente riservate le informazioni, i dati e i programmi di qualsiasi natura (medica, anagrafica, tecnica, amministrativa, economica, industriale, commerciale, ecc.) che sono state e/o che saranno scambiate o fornite dalle parti in esecuzione del presente contratto. Tutti i predetti programmi, dati e informazioni e quant'altro non potranno quindi essere divulgati a terzi e/o utilizzati;

4.2. L'impegno alla riservatezza resterà valido per tutta la durata del presente accordo e sue eventuali proroghe e per i tre anni successivi alla sua scadenza e/o risoluzione, per qualsiasi motivo esse avvengano;

4.3. Le parti si impegnano ad effettuare i servizi oggetto del presente contratto con efficienza e professionalità, garantendo la riservatezza di tutte le informazioni ed i dati dei quali verranno in possesso;

4.4. L'espletamento delle attività oggetto del presente accordo, comporta per **ECHC** e lo studio medico

_____ la conoscenza e l'utilizzo di dati personali riguardanti le parti stesse. A questi effetti **ECHC** e lo studio medico _____ si impegnano ad utilizzare tali dati nel pieno rispetto degli obblighi previsti dal D.lgs. n.196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) come successivamente modificato ed integrato, e nel rispetto di ogni altra disposizione di legge, regolamentare o amministrativa in materia. Resta inteso che, con la sottoscrizione del presente contratto, **ECHC** e lo studio medico _____, manifestando espressamente il proprio consenso al trattamento dei propri dati.

5. Durata



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

5. La presente convenzione avrà durata di 12 (dodici) mesi a decorrere dalla data della sua sottoscrizione e si intenderà tacitamente rinnovata alla scadenza alle medesime condizioni per un periodo di altri 12 (dodici) mesi e così di seguito.

6. Disdetta

6. La disdetta di una delle parti potrà avvenire liberamente a mezzo raccomandata A.R. con il solo obbligo di garantire un preavviso non inferiore ai sessanta giorni di calendario rispetto alla scadenza contrattuale.

7. Foro competente

7. Le parti convengono che, per qualsivoglia controversia dovesse insorgere in merito all'interpretazione, esecuzione, cessazione della presente convenzione, sarà esclusivamente competente il Foro di Roma.

Allegati

Allegato A: I Servizi

Allegato B: I Referenti dello studio medico _____

Allegato C: Procedura operativa

Allegato D: Provvigione

ASSISTENZA
DOMICILIARE

Letto firmato e sottoscritto, in data ____/____/____

Timbro e firma "ECHC":



Timbro e firma dello studio medico _____:



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

ALLEGATO A: I Servizi

Elenco dei servizi a domicilio offerti da ECHC

Terapie Manuali (Costo 125€ a seduta)

Rieducazione motoria assistita
Rieducazione motoria Passiva
Rieducazione motoria Attiva
Riabilitazione post-operatorie manuale
Rieducazione Posturale
Ginnastica correttiva
Ginnastica dolce per artrosi
Massoterapia Colonna e Gambe
Trattamenti manuali per la cervicale
Esercizi di stretching
Linfodrenaggio arti superiori e inferiori
Linfodrenaggio post-operatorie

Terapie strumentali (Costo 150€ a seduta)

Ettroterapia:

Tens
Ionoforesi
Diadinamic
Elettrostimolazioni

Su richiesta:

Magnetoterapia
Tecarterapia

ECHC





EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.ehc.it Email: ehc.crlwork@gmail.com
Pec: ehccw.coopsociale@legalmail.it

ALLEGATO B: I Referenti dello studio medico xxxxxxxxxxxxxxxxx

Referente A

Nome:

Cognome:

Via:

Cap:

Città:

Tel:

Tel. diretto:

E-mail:

Referente B

Nome:

Cognome:

Via:

Cap:

Città:

Tel:

Tel. diretto:

E-mail:



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE
CRLWORK

ASSISTENZA
DOMICILIARE

Referente C

Nome:

Cognome:

Via:

Cap:

Città:

Tel:

Tel. diretto:

E-mail:

EHC





EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

Allegato C: Procedura operativa

1. Accettazione richieste (con operatore telefonico)

24 ore su 24

365 giorni l'anno

2. Riferimenti telefonici per l'inoltro della richiesta

Numero verde 800681473

3. Aree territoriali di copertura del servizio

Per conoscere quali sono le zone coperte dal servizio di ECHC, visionare il sito www.echc.it sempre aggiornato, o contattare il numero verde 800681473

4. Tempi e modalità di accesso al servizio e di risposta

- Chiamando il numero verde 800681473, il richiedente accederà alla Centrale Operativa di ECHC (in seguito CO);
- Il richiedente dovrà sempre comunicare all'operatore telefonico l'adesione alla convenzione riservata allo studio medico _____;
- La CO fornirà tutte le informazioni necessarie per la prenotazione del servizio: tipologia dello stesso, modalità di accesso, tempi e modalità di erogazione, copertura territoriale ed altri aspetti;
- Il richiedente, per poter attivare la prenotazione del servizio, dovrà fornire alla CO le seguenti informazioni: Nome e Cognome dell'utente del servizio; motivazione della chiamata; tipologia e tempistica dell'intervento richiesto; numero telefonico cellulare e/o numero di telefono fisso; indirizzo completo dove dovrà essere erogato il servizio.

Gli operatori della CO saranno autorizzati a procedere oltre solo in presenza di tutte le informazioni sopra indicate;

- La CO valuterà, in base alle informazioni acquisite, la possibilità o meno di richiedere l'erogazione del servizio;
- In caso di valutazione positiva, la CO farà contattare il richiedente da un preposto della ECHC per territorio, entro poche ore dall'inoltro della richiesta. Il preposto fisserà un appuntamento con il richiedente per la verifica delle informazioni fornite al fine dello sconto, la definizione del piano terapeutico, la sua attivazione, il pagamento del servizio.
- L'erogazione del servizio è garantita entro le 24 ore successive all'appuntamento con il preposto della ECHC, salvo diverse esigenze del cliente;
- È possibile, per il richiedente, annullare la prenotazione del servizio contattando il numero verde del CO almeno 6 (sei) ore prima della prevista erogazione.
- Il pagamento del servizio dovrà essere effettuato antecedentemente alla prestazione eseguita, secondo le seguenti modalità:
 - Versamento su CC: _____;
 - Pagamento al preposto che rilascerà ricevuta fiscale quale funzione di quietanza di pagamento.

Roma, li ___/___/_____

ECHC _____





EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.echc.it Email: echc.crlwork@gmail.com
Pec: echccw.coopsociale@legalmail.it

ALLEGATO D

Con la seguente scrittura privata, valevole ad ogni effetto di legge

TRA:

La cooperativa **ECHC (EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK)**, avente sede legale in Roma, Via Antonio Ciamarra, 167, 00173, Roma, C.F. / P.IVA 15790131005, in persona del legale rappresentante

E:

Lo studio medico _____, codice fiscale _____, nato/a _____, prov. _____, il ____/____/____, residente in _____, CAP _____, città _____, prov. _____, tel _____, email _____

ASSISTENZA
DOMICILIARE

PREMESSO:

- Che la Cooperativa **ECHC** e lo studio medico _____ hanno stipulato una convenzione relativa a servizi di assistenza domiciliare, della quale questo allegato è parte integrante

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

1. Quanto premesso è parte integrante e sostanziale del presente accordo;
2. La ECHC provvederà al riconoscimento di una provvigione pari al **10%** su ogni servizio procurato, corrisposta dopo il pagamento della prima fattura da parte del terzo contraente, ossia il mese successivo alla prima prestazione di servizio.



EUROPEAN CLINICAL HOME CARE CRLWORK
ASSISTENZA DOMICILIARE
Via Antonio Ciamarra, 167 – 00173 Roma
P.IVA 15790131005 Numero Verde 800.68.14.73
Web: www.ehc.it Email: ehc.crlwork@gmail.com
Pec: ehccw.coopsociale@legalmail.it

Letto firmato e sottoscritto, in data ____/____/____

Timbro e firma "EHC":



Timbro e firma dello studio medico _____:

