

PROTOKOL

Karşıyaka Belediyesi Sancar Maruflu Sivil Toplum Yerleşkesi, 1851/10. Sk. No: 3, 35600

Karşıyaka/İzmir adresindeki Pulmoner Hipertansiyon ve Skleroderma Hasta Derneği,

.....

.....

..... adresindeki

TC kimlik numaralı Sayın, aşağıdaki şartlarla anlaşmışlardır.

- 1- Dernek adlı kişiye kullanması için bilabedel marka ve model seri nolu Taşınabilir / Sabit oksijen konsantratörü verecektir.
- 2- ' adlı kişinin ihtiyacı kalmadığında veya Dernek cihazı talep ettiğinde (yazılı, sözlü, whatsapp vb.), 15 gün içinde verilmiş olan oksijen konsantratörü, derneğe iade edilecektir.
- 3- Adı geçen oksijen konsantratörünün iade edilmesine, bu protokole uyulması için TCK numaralı ile, TCK numaralı müteselsil kefil olarak bu protokole uyulacağını garanti ederler.
- 4- Cihaz derneğe iade edilene kadar olan kullanımlarında ve iade edilemeden hemen önce her türlü bakım ve onarımlarını cihazın yetkili servislerinde yaptırmakla, protokolde adı geçenler mükelleftir.
- 5- Mobil oksijen konsantratörleri, sabit oksijen konsantratörlerinin ikamesi değildir. Günde 24 saat kullanıma uygun değildir. Yalnızca dışarıdaki işinizi halletmek amacıyla kullanılmalı ve eve döndüğünde, mutlaka sabit oksijen sistemlerine geçilmelidir.
- 6- , Pulmoner Hipertansiyon ve Skleroderma Hasta Derneğine, **#5.000.- USD** 'lik müteselsil kefil olarak imzaları olan teminat senedi verecektir. Protokol şartlarına uyulmadığı takdirde Dernek bu senedi tahsilata koyabilecektir.
- 7- İhtilaf halinde İzmir mahkemeleri yetkilidir.
- 8- Bu protokol 8 maddeden ve 2 sayfadan oluşur.

Tarih :**Pulmoner Hipertansiyon ve Skleroderma Hasta Derneği adına,**Başkan Kamil HAMİDULLAH, TCK: , **Tel:** +90 555 024 14 80**Adres:** Karşıyaka Belediyesi Sancar Maruflu Sivil Toplum Yerleşkesi, 1851/10. Sk. No: 3, 35600

Karşıyaka/İzmir

İmza:

Tarafımızca yukarıda verilen bilgilerin doğruluğunu ve bilgilerin hatalı olması durumunda doğacak yükümlülüğü kabul ediyoruz.

Müteselsil kefil

Adı - Soyadı:

Adres:

TCK:

Tel:

E-Posta:

İmza:

Müteselsil kefil

Adı - Soyadı:

Adres:

TCK:

Tel:

E-Posta:

İmza:

Cihazı Kullanacak Olan Kişinin iletişim bilgileri

Adı - Soyadı:

Adres:

TCK:

Tel:

E-Posta: