

## OVEREENKOMST PROFESSIONELE ZORGACHTERWACHT

De ondergetekenden,

1. STMG BV, hierna te noemen **aanbieder**, en

en

2. Voorletter(s)-Naam :

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

Telefoonnummer :

Geboortedatum :

BSN :

IBAN Nummer : NL

*(Deze vindt u op uw rekeningafschrift)*

Incassant ID : **NL86ZZZ410518240000**

*(Dit nummer gebruikt STMG BV om automatisch te kunnen incasseren)*

hierna te noemen de **klant**, komen het volgende overeen:

A. De klant gaat gebruik maken van de professionele zorgachterwacht van STMG BV. Na een alarmoproep via de alarmunit komt een medewerker van STMG BV in de regel binnen 30 minuten bij u langs om de benodigde hulp te verlenen.

A1. Met ingang van: ..... tot wederopzegging.

B. De kosten voor alleen professionele zorgachterwacht bedragen **€ 11,55\*** per maand en zullen maandelijks worden geïncasseerd.  
*Daarnaast wordt de tijd in rekening gebracht waarop een medewerker van STMG bij u komt en hulp verleent, € 23,56\*\* per kwartier. U ontvangt hiervoor een factuur.*

### Toegang tot de woning

#### STMG BV

Mr E.N. Van Kleffensstraat 12  
6842 CV Arnhem  
Telefoon: (088) 456 09 00

Postbus 2188  
6802 CD ARNHEM  
Fax: (026) 376 16 00

KvK: 62639188  
Bank: NL28RABO0302230599  
Website: www.stmg.nl

U bent zelf verantwoordelijk voor het feit dat een zorgmedewerker toegang tot uw woning moet hebben. STMG werkt uitsluitend met sleutelkluisjes. U kunt zelf een kluisje aanschaffen en bevestigen aan de buitenkant van de woning. Let u er op dat u een inbraak werende kluis kiest met een SKG certificaat.

De klant schaft zelf een sleutelkluisje aan en zorgt voor de montage. De sleutelkluis wordt bevestigd aan de buitenkant van de woning (let hierbij op een SKG certificaat)

De code van de sleutelkluisje is: .....

Eventuele andere toegangsoptlossing: .....

**Aangesloten bij de volgende organisatie/alarmcentrale: Eurocross/ATA/CSI of anders.....(doorstrepen wat niet van toepassing is)**

**Contactpersoon in geval van nood:**

**Naam:**

**Telefoonnummer(s):**

**Relatie tot u:**

Op deze overeenkomst zijn verder een toepassing:

- de 'Leveringsvoorwaarden' van STMG BV (zie [www.stmg.nl](http://www.stmg.nl)).

- de 'Voorwaarden professionele zorgachterwacht' (zie [www.stmg.nl](http://www.stmg.nl)).

welke deel uitmaken van deze overeenkomst en die aan de huurder zijn overhandigd.

**\* genoemde maandtarief is onder voorbehoud. Eventuele prijswijziging wordt minstens één maand van tevoren aangegeven.**

**\*\*tarief van de tijd dat een zorgverlener bij u is, wordt jaarlijks geïndexeerd**

Door ondertekening verklaren de klant en STMG BV akkoord te gaan met deze overeenkomst en de maandelijkse incasso ten behoeve van de professionele zorgachterwacht.

Aldus overeengekomen, in tweevoud opgemaakt en ondertekend,

Te ....., datum .....

Naam en handtekening STMG BV:

.....

Naam en handtekening klant:

.....

*Het ondertekende formulier stuurt u aan: STMG BV, t.a.v. PAS, Postbus 2188, 6802 CD Arnhem*

**STMG BV**

Mr E.N. Van Kleffensstraat 12  
6842 CV Arnhem  
Telefoon: (088) 456 09 00

Postbus 2188  
6802 CD ARNHEM  
Fax: (026) 376 16 00

KvK: 62639188  
Bank: NL28RABO0302230599  
Website: [www.stmg.nl](http://www.stmg.nl)