

REGULAMIN
Zestawu Usług Medycznych
– Integracja Sensoryczna – Terapia – pakiet 3 spotkań

DANE NABYWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	E-mail: ...

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z USŁUG	
Imię i Nazwisko: :	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	

Data aktywacji zestawu: ...

Cena zestawu: ...

Okres ważności zestawu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

1. Wykonawcą usług zakupionych w zestawie **Integracja Sensoryczna – Terapia – pakiet 3 spotkań** – „Zestaw” (określonego szczegółowo w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu) jest **LUX MED Sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Postępu 21c, 02-676 Warszawa, wpisany do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000265353, NIP 5272523080, REGON 140723603, kapitał zakładowy 546 728 500,00 PLN, telefon: 22 450 45 00 („LUX MED”).
2. Nabywcą zestawu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia („Nabywca”).
3. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach zestawu mogą być osoby powyżej 1 roku życia („Osoba Uprawniona”).

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

4. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia usług w ramach Zestawu jest akceptacja przez Nabywcę Zestawu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej wpłaty zgodnie z ust. 5 niniejszego Regulaminu.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia Uprawnionego do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu, wynosi ... (słownie: ...)
6. Uprawnienia do świadczeń w ramach niniejszego Zestawu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 5 powyżej poprzez system płatności internetowych PayU SA.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z ZESTAWU

7. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania niniejszego Regulaminu, Nabywca może odstąpić od Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszego Regulaminu bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie na piśmie według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu i przesyłając je na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl.
8. Prawo odstąpienia od umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy w przypadku wykonania przez LUX MED usług w ramach Zestawu na rzecz Osoby Uprawnionej.
9. Nabywca ma obowiązek zapłaty za świadczenia spełnione przez LUX MED do chwili odstąpienia od umowy, jeżeli Nabywca odstąpi od Umowy po zgłoszeniu LUX MED przez Osobę Uprawnioną żądania wykonania usług w ramach Zestawu przed upływem 14 dni od zawarcia Umowy.

WARUNKI REALIZACJI ZESTAWU

10. Zestaw usług **Integracja Sensoryczna – Terapia – pakiet 3 spotkań** przeznaczony jest dla osób (dzieci) powyżej 1 roku życia, które mają postawioną diagnozę i zalecone terapię integracji sensorycznej, lub są w trakcie terapii. Czas każdego spotkania wynosi 40 minut.
11. Usługi w ramach Zestawu można zrealizować w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień, o którym mowa w ust. 6 powyżej.
12. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu odbywa się w dedykowanej placówce LUX MED w **Warszawie przy ul. Wołoskiej 7** w godzinach pracy placówki.
13. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Zestawu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu z LUX MED. Termin udzielenia świadczenia uzgodnić należy z personelem odpowiedniej recepcji LUX MED osobiście lub telefonicznie pod numerem **22 434 48 48**.

OŚWIADCZENIE NABYWCY

1. Nabywca oświadcza, że poinformował Osobę Uprawnioną o:
 1. adresie siedziby i pełnej nazwie LUX MED Sp. z o.o. jako administratora danych tej Osoby przekazanych przez Nabywcę;
 2. celu i zakresie zbierania przez LUX MED Sp. z o.o. danych, o których mowa w pkt 1) powyżej;
 3. źródle danych, o których mowa w pkt 1) powyżej;
 4. prawie dostępu Osoby Uprawnionej do treści swoich danych przetwarzanych przez LUX MED Sp. z o.o. jako administratora danych oraz prawie do ich poprawiania;
 5. uprawnieniach wynikających z art. 32 ust. 1 pkt 7 i 8 Ustawy z dnia 2 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych („**Ustawa**”) tj.
 - a) wniesienia, w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 Ustawy, pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację,
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych w przypadkach, wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 Ustawy, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania jej danych osobowych innemu administratorowi danych.
2. Nabywca oświadcza, iż posiada zgodę Osoby Uprawnionej, na przekazanie następujących danych osobowych tej osoby: imienia i nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, numeru telefonu, adres zamieszkania.

KONTAKT I REKLAMACJE

14. Reklamacje przyjmowane są wyłącznie w formie pisemnej.
15. Reklamacje dotyczące obsługi rozpatrywane są w ciągu 5 dni roboczych, reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpływu wszystkich danych niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
Departament Obsługi Klienta
Dział Zarządzania Reklamacjami
ul. Postępu 21c
02-676 Warszawa
lub na adres poczty elektronicznej: obsługa.klienta@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

16. Nie ma możliwości dokonania cesji uprawnień przysługujących w ramach Zestawu na inną osobę.
17. Zakup Zestawu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiegokolwiek usługi.
18. Integralną część Regulaminu stanowią Załączniki.

Załącznik nr 1 – Zakres usług zakupionych w zestawie oraz przysługujący limit (jeśli dana usługa jest objęta limitem)

Integracja Sensoryczna – Terapia – pakiet 3 spotkań	Limit wykonań
Wysokospecjalistyczne metody fizjoterapeutyczne - integracja sensoryczna - terapia	3 spotkania po 40 minut

ZAŁĄCZNIK NR 2 WZÓR FORMULARZA ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

LUX MED Sp. z o.o.
z siedzibą w Warszawie
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
sprzedaz_ind@luxmed.pl

Ja/ My (*)
.....

niniejszym informuję/informujemy(*)o moim/naszym odstąpieniu od umowy sprzedaży
następujących rzeczy/usługi (*)
.....

Dodatkowe informacje:

Data zawarcia umowy(*)/odbioru(*)

Imię i nazwisko konsumenta(-ów)

Adres konsumenta(-ów)

.....
Podpis konsumenta(-ów) (tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....
Data