

REGULAMIN

zestawu **Recepta na zdrowie** – zalecenia aktywności fizycznej

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. Sprzedawcą zestawu **Recepta na zdrowie** – zalecenia aktywności fizycznej („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 („LUX MED”).
2. Nabywcą Zestawu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Zestawu lub osoba trzecia.
3. Osobami Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu mogą być osoby powyżej 18 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO ZESTAWU

4. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Zestawu jest akceptacja przez Nabywcę Zestawu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Zestaw w kwocie określonej w ust. 5 poniżej.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca Zestawu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Zestawu Osoby Uprawnionej, jest uzależniona od miejsca świadczenia usługi i wynosi odpowiednio:*

*Podczas procesu zakupu zestawu należy wybrać wariant płatności za zestaw, który jest ściśle powiązany z lokalizacją (miastem) w którym będzie odbywała się usługa.

Cena Zestawu uzależniona jest od wybranego miejsca wykonania świadczeń i wynosi:

Bydgoszcz – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Gdańsk – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Katowice – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Kraków – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Łódź – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Poznań – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Toruń – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)
Warszawa – 179 zł (sto siedemdziesiąt dziewięć zł)
Wrocław – 159 zł (sto pięćdziesiąt dziewięć zł)

6. Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 5 powyżej.

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 3 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. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu odbywa się w dedykowanych do Zestawu placówkach szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu w godzinach pracy placówek.
11. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Zestawu jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania poprzez skontaktowanie się z Call Center pod numerem **22 469 12 66**.
12. Świadczenia zdrowotne w ramach Zestawu należy zrealizować nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Zestawu.
13. Świadczenie zdrowotne – Recepta na zdrowie – zalecenia aktywności fizycznej realizowane jest wyłącznie w zestawie usług – w przypadku chęci skorzystania z kolejnej usługi Recepta na zdrowie zalecenia aktywności fizycznej – każdorazowo należy wykupić zestaw usług.
14. W przypadku zlecenia przez lekarza dodatkowych usług wykraczających poza zakres Zestawu szczegółowo wymienionego w Załączniku nr 1, usługi te zostaną wykonane pełnopłatnie zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.

OŚWIADCZENIE NABYWCY

15. Nabywca (w rozumieniu Regulaminu Zestawu Recepta na zdrowie – zalecenia aktywności fizycznej – poinformował Osobę Uprawnioną (w rozumieniu ww. regulaminu) do korzystania z usług w ramach Zestawu (w rozumieniu ww. regulaminu) 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.

16. Nabywca oświadcza, iż posiada zgodę osoby wskazanej w Regulaminie Zestawu Recepta na Zdrowie – zalecenia aktywności fizycznej jako Osoba Uprawniona do korzystania z usług w ramach Zestawu, na przekazanie następujących danych osobowych tej osoby: imienia i nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, numeru telefonu, adres e-mail, adres zamieszkania.

KONTAKT I REKLAMACJE

17. Reklamacje przyjmowane są wyłącznie w formie pisemnej.
18. Reklamacje dotyczące obsługi rozpatrywane są w ciągu 5 dni roboczych, reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpływu 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

19. Nie ma możliwości dokonania cesji praw do Zestawu na inną osobę.
20. Zakup Zestawu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez LUX MED na jakiegokolwiek usługi.
21. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego regulaminu a Regulaminem Sklepu dostępnego pod adresem www.luxmed.pl, zastosowanie znajdą postanowienia niniejszego regulaminu.
22. Integralną część Regulaminu stanowi załącznik nr 1, 2 i 3.

Załącznik nr 1

Wykaz usług wchodzących w skład zestawu Recepta na zdrowie – zalecenia aktywności fizycznej

- analiza składu ciała i pomiary antropometryczne
- omówienie przez lekarza czynników ryzyka na podstawie wypełnionej przez Pacjenta „Ankiety kwalifikacji do aktywności fizycznej”
- dobranie i omówienie przez lekarza właściwego dla Pacjenta rodzaju aktywności (o ile nie będzie p/wskazań medycznych) fizycznej - informacje dotyczą :
 - czasu trwania pojedynczego treningu,
 - optymalnej liczby treningów w skali tygodnia,
 - wariantu rozgrzewki,
 - rekomendacji, które grupy mięśniowe powinny być angażowane i rozwijane
 - rodzaju sportu wspierającego główną aktywność fizyczną Pacjenta
 - indywidualnych zaleceń dotyczących stanu zdrowia Pacjenta

Orientacyjny czas wykonania całego zestawu wynosi 60 minut. Wykonanie zestawu odbywa się podczas jednej wizyty w placówce medycznej.

Załącznik nr 2 - Wykaz placówek w których można zrealizować zestaw Recepta na zdrowie zalecenia aktywności fizycznej

Bydgoszcz

CM LUX MED ul. Chołoniewskiego 46

Gdańsk

CM Medycyna Rodzinna ul. Pomorska 96

Katowice

CM LUX MED ul. Karłowicza 11/13

Kraków

CM LUX MED ul. Puskarska 7H

CM PROFEMED ul. Al. Pokoju 5

Łódź

CM LUX MED ul. Dowborczyków 30/34

Poznań

CM PROFEMED ul. Ułańska 7

Toruń

CM LUX MED ul. Kościuszki 71

Warszawa

CM LUX MED ul. Al. Jerozolimskie 65/79

Wrocław

CM LUX MED ul. Pl. Dominikański 3

CM Medycyna Rodzinna ul. Swobodna 1

ZAŁĄCZNIK NR 3 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

