

REGULAMIN

Badań Medycyny Orzecznictwej – Badania wstępne judo, zapasy

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

zwany dalej „Nabywcą Zestawu”

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

zwany dalej „Osobą Uprawnioną”

Data aktywacji zestawu: ...

Cena zestawu: ...

Okres ważności zestawu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

1. Na podstawie zawartej umowy LUX MED zobowiązuje się do wykonania na rzecz Osoby Uprawnionej, na zasadach opisanych w niniejszym regulaminie badań wstępnych określonych w załączniku nr 1 do niniejszego regulaminu („Zestaw”) w związku z ubieganiem się Osoby Uprawnionej o wydanie po raz pierwszy orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uprawianie sportu („orzeczenie”). Jeżeli w ocenie lekarza wydającego orzeczenie zajdzie potrzeba wykonania innych niż wymienione w załączniku nr 1 niezbędnych badań wstępnych wynikających z oceny stanu zdrowia Osoby Uprawnionej, lekarz – przed wydaniem orzeczenia – może zlecić wykonanie takich dodatkowych badań („badania dodatkowe”), które nie wchodzą w zakres Zestawu. Osoba Uprawniona zobowiązana będzie wykonać - na własny koszt - dodatkowe badanie zlecone.
2. Wykonanie badań wstępnych określonych w Zestawie nie ma celu terapeutycznego i służy wyłącznie uzyskaniu przez Osobę Uprawnioną orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia, umożliwiającym bądź wykluczającym bezpieczne uprawianie sportu, wymaganego w związku z uczestnictwem we współzawodnictwie sportowym. Osoba Uprawniona we własnym zakresie zobowiązana jest podjąć stosowne leczenie, jeżeli wyniki badań wykonanych w ramach Zestawu wskazywać będą na konieczność leczenia.
3. Wykonawcą Zestawu Badań Medycyny Orzecznictwej – Badania wstępne judo, zapasy 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 646 123 500,00 PLN („LUX MED”).
4. Nabywcą Zestawu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Zestawu albo osoba trzecia.

5. Osobami Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń w ramach Zestawu mogą być osoby powyżej 6 roku życia. W przypadku pacjentów (Osób Uprawnionych) niepełnoletnich podczas badań lub konsultacji wykonywanych w ramach zestawu wymagana jest obecność rodzica lub innego przedstawiciela ustawowego zgodnie z podpisanym upoważnieniem, oraz zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczeń zdrowotnych, a gdy Osoba Uprawniona nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe – zezwolenie sądu opiekuńczego.
6. Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzenia konsultacji lekarskiej lub badania diagnostycznego bez ingerencji w integralność fizyczną Osoby Uprawnionej, która nie ukończyła 18 roku życia, zgodę na przeprowadzenie takiego świadczenia zdrowotnego może wyrazić także opiekun faktyczny tej Osoby Uprawnionej. Uprzednio opiekun faktyczny jest zobowiązany do przedstawienia pisemnej zgody przedstawiciela ustawowego Osoby Uprawnionej, która nie ukończyła 18 roku życia, na wykonanie takiego świadczenia zdrowotnego oraz zgody tego przedstawiciela ustawowego na przekazanie opiekunowi faktycznemu informacji o stanie zdrowia Osoby Uprawnionej, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.
7. Zarówno przedstawiciel ustawowy Osoby Uprawnionej, która nie ukończyła 18 lat, jak i opiekun faktyczny takiej Osoby Uprawnionej, obecni podczas udzielania świadczeń zdrowotnych tej Osobie Uprawnionej, są zobowiązani do przedstawienia Zleceniobiorcy dokumentu tożsamości potwierdzającego ich tożsamość.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO ZESTAWU

1. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Zestawu jest akceptacja przez Nabywcę Zestawu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Zestaw w kwocie określonej w ust. 2 poniżej.
2. Całkowita opłata za Zestaw, którą Nabywca Zestawu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Zestawu Osoby Uprawnionej, wynosi:
... (słownie: ...). . Cena nie obejmuje dodatkowych badań (nie ujętych w załączniku nr 1 zleconych przez lekarza w sytuacji, kiedy z oceny stanu zdrowia Osoby Uprawnionej ubiegającej się o wydanie orzeczenia, wynikać będzie konieczność wykonania niezbędnych badań dodatkowych).
Za dzień zapłaty uznaje się dzień uznania rachunku bankowego LUX MED pełną kwotą należności.
3. 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. 2 powyżej. Zapis ten nie dotyczy przypadku płatności za Zestaw w recepcji.
4. Zestaw jest aktywny do momentu wykorzystania wszystkich usług wchodzących w skład Zestawu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszego regulaminu.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z ZESTAWU

1. 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.
2. Prawo odstąpienia od Umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy Zestawu w wypadku rozpoczęcia świadczenia usług w ramach Zestawu, za zgodą Nabywcy, przed upływem 14 dni od dnia zawarcia Umowy.

WARUNKI REALIZACJI ZESTAWU

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu odbywa się w dedykowanych do obsługi świadczeń placówkach Grupy LUX MED, szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 2 do Regulaminu.
2. W przypadku przesłanek natury technicznej LUX MED strony mogą ustalić przeprowadzenie wchodzących w skład Zestawu konsultacji i badań szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 1 w innych niż wskazane powyżej placówkach LUX MED.
3. Świadczenia zdrowotne w ramach Zestawu należy zrealizować nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Zestawu. Po upływie ww. okresu, tj. jeżeli Osoba Uprawniona nie rozpocznie realizacji świadczeń w ramach Zestawu w ww. okresie, umowa ulega rozwiązywaniu i strony dokonują zwrotu świadczeń.
4. Warunkiem udzielenia świadczeń w ramach Zestawu jest uprzednie uzgodnienie ich terminu poprzez skontaktowanie się z infolinią PROFEMED pod numerem **22 33 22 844** lub osobiście w recepcji wskazanej placówki.
5. W przypadku zlecenia przez lekarza dodatkowych usług wykraczających poza zakres Zestawu szczegółowo wymienionego w Załączniku nr 1, usługi te mogą zostać wykonane pełnopłatnie zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce medycznej LUX MED lub zgodnie z posiadanymi uprawnieniami do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez LUX MED na podstawie innej umowy.

KONTAKT I REKLAMACJE

1. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
2. Reklamacje dotyczące obsługi oraz reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 30 dni roboczych od daty wpływu wszystkich danych niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji na adres:

LUX MED Sp. z o.o.

Dział Zarządzania Reklamacjami

ul. Postępu 21C

02-676 Warszawa

lub na adres poczty elektronicznej: obsługa.klienta@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Nie ma możliwości dokonania cesji praw do Zestawu na inną osobę.
2. 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.
3. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego regulaminu a Regulaminem Sklepu internetowego dostępnego pod adresem www.luxmed.pl, zastosowanie znajdują postanowienia niniejszego regulaminu.
4. Integralną część Regulaminu stanowi załącznik nr 1, 2 i 3.

Załącznik nr 1

Wykaz badań Badania medycyny orzeczniczej – badania wstępne judo, zapasy (z limitem wykonań każdej usługi 1)

1. Usługa pielęgniarska na potrzeby orzecznictwa sportowego:
 - a. Pomiary antropometryczne
 - b. Pomiar ciśnienia RR
 - c. Badanie ostrości wzroku – badanie bliży i dali za pomocą tablic Snellena
 - d. Przegląd stomatologiczny
2. Badania laboratoryjne na potrzeby orzecznictwa sportowego:
 - a. Morfologia z rozmazem automatycznym
 - b. OB.
 - c. Glukoza na czczo
 - d. Mocz – badanie ogólne z oceną osadu
 - e. HBs Ag / antygen
 - f. HCV Ab / przeciwciała
 - g. HIV I / HIV II
3. Konsultacja laryngologa na potrzeby orzecznictwa sportowego
4. Konsultacja okulisty na potrzeby orzecznictwa sportowego
5. EKG spoczynkowe na potrzeby orzecznictwa sportowego
6. Konsultacja lekarza medycyny sportowej z wydaniem orzeczenia wraz z ogólnym badaniem lekarskim, oceną zdrowia jamy ustnej i badaniem ortopedycznym

Załącznik nr 2

Wykaz placówek świadczących usługi w ramach zestawu badań Badania medycyny orzeczniczej – badania wstępne judo, zapasy

Bydgoszcz

LUX MED ul. Chołoniewskiego 46

Gdańsk

Medycyna Rodzinna ul. Pomorska 96

LUX MED ul. Jaśkowa Dolina 132

Katowice

LUX MED ul. Karłowicza 11/13

Kraków

LUX MED ul. Puskarska 7H

PROFEMED ul. Al. Pokoju 5

Łódź

LUX MED ul. Dowborczyków 30/34

Poznań

LUX MED ul. Roosevelta 18

PROFEMED ul. Ułańska 7*

Szczecin

LUX MED ul. Al. Niepodległości 44

Toruń

LUX MED ul. Kościuszki 71

Warszawa

LUX MED ul. Al. Jerozolimskie 65/79

LUX MED ul. Szcernera 3

LUX MED ul. Domaniewska 41 B

LUX MED ul. Wołoska 7

Medycyna Rodzinna ul. Żwirki i Wigury 39

Wrocław

Medycyna Rodzinna ul. Swobodna 1

** osoby powyżej 18 roku życia*

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)