

REGULAMIN
Zestawu Usług Medycznych
– Pakiet szczepień przeciw odkleszczowemu zapaleniu mózgu – 3 dawki

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 Pakiet szczepień przeciw odkleszczowemu zapaleniu mózgu – 3 dawki – „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 676 123 500,00 PLN, telefon: 22 450 45 00 („LUX MED”).
2. Nabywcą zestawu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia („Nabywca”). Osobą Uprawnioną może być Nabywca Zestawu lub osoba trzecia.
3. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach zestawu mogą być osoby powyżej 6 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 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.

WARUNKI REALIZACJI ZESTAWU

9. Zestaw usług Pakiet szczepień przeciw odkleszczowemu zapaleniu mózgu – 3 dawki przeznaczony jest dla osób powyżej 6 roku życia, które chcą zaszczepić się przeciwko odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych. O cyklu szczepień każdorazowo decyduje lekarz podczas obowiązkowej kwalifikacji do szczepienia. Standardowe schematy szczepień wyglądają następująco:

	I dawka	II dawka	III dawka
HARMONOGRAM PODSTAWOWY			
Encepur Adult/Kids	0 (wybrany dzień)	po 1-3 m-cy	po 9-12 m-cy po dawce II
FSME IMMUN/Junior	0 (wybrany dzień)	Po 1-3 m-cy	Po 5-12 m-cach po II dawce
HARMONOGRAM SKRÓCONY			
Encepur Adult/Kids	0 (wybrany dzień)	w 7. dniu	w 21. dniu
FSME IMMUN/Junior	0 (wybrany dzień)	po 14 dniach	po 5-12 m-cach od dawki II

10. Usługi w ramach Zestawu można zrealizować w ciągu 18 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień, o którym mowa w ust. 6 powyżej.
11. Przeciwwskazaniem do szczepienia jest nadwrażliwość na którykolwiek składnik preparatu lub substancje wykorzystywane w procesie produkcyjnym i obecne w ilościach śladowych (formaldehid, neomycyna, gentamycyna, siarczan protaminy), ciężka nadwrażliwość na białko jaja lub inne białka kurze (reakcja anafilaktyczna po spożyciu białka jaja kurzego). Nadwrażliwość na białko jaja, niemająca charakteru ciężkiej nadwrażliwości, nie stanowi przeciwwskazań do szczepienia. Szczepienie należy odroczyć w przypadku ostrej choroby zakaźnej przebiegającej z gorączką
12. W dniu szczepienia, przed przystąpieniem do szczepienia musi zostać przeprowadzona obowiązkowa kwalifikacja do szczepienia stwierdzająca brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonania szczepienia. **Kwalifikacja do szczepienia nie wchodzi w zakres Zestawu i jest dodatkowo płatna.** W trakcie kwalifikacji lekarz dobiera preparat, spośród wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu, którym następnie zostanie zaszczepiona Osoba Uprawniona. Po każdym szczepieniu Osoba Uprawniona pozostaje ok. 30 min. na terenie placówki LUX MED pod nadzorem medycznym.
13. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu odbywa się w placówkach własnych podmiotu leczniczego LUX MED Sp. z o.o. działających pod nazwą LUX MED i Medycyna Rodzinna, w których świadczona jest dana usługa medyczna zakupiona w Zestawie. Lista placówek jest szczegółowo wymieniona w Załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu.

14. W momencie przystąpienia przez Osobę Uprawnioną do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu LUX MED zapewni dostępność do szczepionek objętych Zestawem, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, chyba że brak dostępności którejkolwiek ze szczepionek wynikał będzie z przyczyn niezależnych od LUX MED (np. wycofanie szczepionki z rynku polskiego, wstrzymanie produkcji szczepionki, itp.).
15. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Zestawu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu z LUX MED. Termin udzielenia świadczenia (należy zapisać się na Kwalifikację do szczepienia/Kwalifikację do szczepienia powyżej 6 r.ż) uzgodnić należy z personelem odpowiedniej recepcji LUX MED osobiście lub telefonicznie pod numerem ogólnopolskiej rezerwacji wizyt i badań: (22) 33 22 888.

KONTAKT I REKLAMACJE

16. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
17. 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: opinie@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

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

Nazwa usługi medycznej wchodzącej w zakres zestawu Pakiet szczepień przeciw odkleszczowemu zapaleniu mózgu – 3 dawki	Limit wykonań – maksymalna łączna liczba dawek
Wykonanie szczepienia – Szczepionka Encepur A (p/odkleszczowemu zapaleniu mózgu)	3
Wykonanie szczepienia – Szczepionka Encepur K (p/odkleszczowemu zapaleniu mózgu)	
Wykonanie szczepienia – Szczepionka FSME Immun (p/odkleszczowemu zapaleniu mózgu)	
Wykonanie szczepienia – Szczepionka FSME Immun Junior (p/odkleszczowemu zapaleniu mózgu)	

W zakresie usług wchodzących w skład zestawu dostępny jest 1 cykl szczepień zawierający maksymalnie 3 dawki wybranej przez lekarza szczepionki spośród wymienionych w tabeli

Przed przystąpieniem do każdego szczepienia wymagana jest kwalifikacja lekarska do szczepienia. Zgodnie ze standardami LUX MED kwalifikacje zewnętrzne nie są honorowane. W celu zapisania się na kwalifikację należy umówić się:

- w przypadku dziecka na usługę kwalifikacja do szczepienia powyżej 6 r.ż.
- w przypadku dorosłego na usługę Kwalifikacja do szczepienia

Kwalifikację lekarską do szczepienia można zrealizować:

- w ramach posiadanego abonamentu, zgodnie z posiadanymi w jego ramach uprawnieniami
- w ramach NFZ w przypadku posiadania deklaracji NFZ (w wybranych, wskazanych placówkach)
- odpłatnie, zgodnie z cennikiem placówki w której realizowane będzie szczepienie

Załącznik nr 2 – Wykaz placówek w których można zrealizować Zestaw Usług Medycznych
Pakiet szczepień przeciw odkleszczowemu zapaleniu mózgu – 3 dawki

BIAŁYSTOK

CM LUX MED Białystok - KEN 50/U4
CM LUX MED – Mickiewicza 39
CM LUX MED – Al. Tysiąclecia Państwa Polskiego 10

BYDGOSZCZ

CM LUX MED - Chołoniewskiego 46

GDAŃSK

CM LUX MED - Al. Zwycięstwa 49
CM LUX MED - Al. Jana Pawła II 7
CM Medycyna Rodzinna – Pomorska 96

GDYNIA

CM LUX MED - Morska 127

KATOWICE

CM LUX MED - Karłowicza 11
CM LUX MED - Sokolska 29
CM Medycyna Rodzinna - Sowińskiego 46

KRAKÓW

CM LUX MED - Wadowicka 6
CM LUX MED - Puskarska 7H
CM LUX MED - Lublańska 38
CM LUX MED - Mehoffera 10
CM LUX MED - Słowackiego 64
CM Medycyna Rodzinna - Frycza Modrzewskiego 2
CM Medycyna Rodzinna – Wadowicka 8 W

ŁÓDŹ

CM LUX MED - Dowborczyków 30/34
CM LUX MED - Milionowa 2G
CM Medycyna Rodzinna - Milionowa 21

OLSZTYN

CM LUX MED - Głowackiego 28

OPOLE

CM Medycyna Rodzinna Opole - Fieldorfa 2

POZNAŃ

CM LUX MED - Półwiejska 42

CM LUX MED - Roosevelta 18

CM LUX MED - Wichrowa 1A

CM Medycyna Rodzinna - Serbska 11

RZESZÓW

CM LUX MED - Al. Kopisto 1

SZCZECIN

CM LUX MED - Al. Niepodległości 44

TORUŃ

CM LUX MED - Kościuszki 71

WARSZAWA

CM LUX MED - Domaniewska 41B (Budynek Jupiter)

CM LUX MED - KEN 93

CM LUX MED - Chmielna 85/87

CM LUX MED - Szcernera 3

CM LUX MED - Bobrowiecka 1

CM LUX MED - Al. Jerozolimskie 65/79

CM LUX MED - Al. Jerozolimskie 162

CM LUX MED - Puławska 15

CM LUX MED - Park Postępu 21C

CM LUX MED - Al. Jana Pawła II 78

CM LUX MED - Al. Stanów Zjednoczonych 72

CM LUX MED - Migdałowa 4

CM LUX MED - Prosta 51

CM Medycyna Rodzinna - Grójecka 186

CM Medycyna Rodzinna - Żwirki i Wigury 39

CM Medycyna Rodzinna - Belgradzka 18

CM Medycyna Rodzinna - Wrocławska 7A

CM Medycyna Rodzinna - Wrzeciono 10C

CM Medycyna Rodzinna - Myśluborska 95

CM Medycyna Rodzinna - Św. Barbary 6/8

WROCŁAW

CM LUX MED - Plac Dominikański 3

CM LUX MED - Szewska 3A

CM LUX MED - Legnicka 51/53

CM LUX MED - Wołowska 20

CM Medycyna Rodzinna - 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