

REGULAMIN
Programu Kinezyterapia – Terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych/
neurofizjologicznych – NDT Bobath – dzieci
(3 spotkania)

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

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
Imię i Nazwisko: :	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	

zwany dalej „Osobą Uprawnioną”

Data aktywacji programu: ...

Cena Przeglądu: ...

Okres ważności Przeglądu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

1. Sprzedawcą Programu **Kinezyterapia – Terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych – NDT Bobath – dzieci (3 spotkania)** („Program”), 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 („LUX MED”).
2. Nabywcą Programu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia.
3. Osobami Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu mogą być osoby poniżej 3 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

4. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Programu jest akceptacja przez Nabywcę Programu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Program w kwocie określonej w ust. 5 powyżej.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca Programu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Programu Osoby Uprawnionej, wynosi ... (słownie: ...).
6. Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 5 powyżej.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z PROGRAMU

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 Programu w wypadku rozpoczęcia świadczenia usług w ramach Programu, za zgodą Nabywcy, przed upływem 14 dni od dnia zawarcia Umowy.

WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

9. W ramach zakupionego Programu, podczas 3 (trzech) indywidualnych spotkań, świadczona będzie przez wykwalifikowanego fizjoterapeutę - terapia indywidualna metodą NDT Bobath - dostosowana do stanu zdrowia i wieku pacjenta.
10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Programu odbywa się w dedykowanych do Programu placówkach Grupy LUXMED szczegółowo wymienionych w załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu, w godzinach pracy tych placówek.
11. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego (po zakupie Programu) w ramach Programu jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania poprzez skontaktowanie się z Centrum Umawiania Rehabilitacji pod numerem **22 434 48 48**.
12. Świadczenia zdrowotne w ramach Programu należy zrealizować nie później niż w ciągu 6 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Programu.
13. Wskazaniem do prowadzenia terapii wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych – NDT Bobath – dzieci są: zaburzenia napięcia mięśniowego i opóźniony rozwój motoryczny dziecka, problemy neurologiczne o podłożu genetycznym i metabolicznym.
14. Przeciwwskazaniem do prowadzenia terapii wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych – NDT Bobath – dzieci są : infekcje z podwyższoną temperaturą (przeciwwskazanie bezwzględne), padaczka, tętniak mózgu, niewyrównane ciśnienie tętnicze krwi (powyżej 140/90), brak zrostu kostnego przy urazach ortopedycznych, niewyrównana cukrzyca (pojawiające się hipoglikemie), choroba nowotworowa. W przypadku stwierdzenia przez fizjoterapeutę innych niepokojących objawów mogących być przeciwwskazaniem do wykonania/kontynuowania terapii – fizjoterapeuta może odmówić kontynuacji terapii do czasu dostarczenia przez pacjenta zaświadczenia dopuszczającego do dalszej terapii.

KONTAKT I REKLAMACJE

15. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
16. 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

17. Nie ma możliwości dokonania cesji praw do Programu na inną osobę.
18. Zakup Programu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez LUX MED na jakiegokolwiek usługi.
19. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego regulaminu a Regulaminem Sklep, zastosowanie znajdą postanowienia niniejszego regulaminu.
20. Integralną część Regulaminu stanowi Załącznik nr 1 i 2.

Załącznik nr 1

Wykaz placówek świadczących usługi w ramach Programu Kinezyterapia – Terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych – NDT Bobath – dzieci (3 spotkania)

Gdańsk

- CM Medycyna Rodzinna ul. Pomorska 96

Kraków

- CM PROFEMED ul. Al. Pokoju 5

Poznań

- CM PROFEMED ul. Ułańska 7
- CM LUX MED ul. Roosevelta 18

Warszawa

- CM PROFEMED ul. Bobrowiecka 1
- CM LUX MED ul. Wołoska 7
- CM Medycyna Rodzinna ul. Wrocławska 7a
- CM Medycyna Rodzinna ul. Belgradzka 18
- CM LUX MED ul. Al. Jana Pawła II 78

Wrocław

- CM LUX MED ul. Swobodna 1

Załącznik nr 2

WZÓR FORMULARZA ODSZKADNIENIA 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