

REGULAMIN

Zabiegowe Leczenie Chrapania

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 Programu **Zabiegowe Leczenie Chrapania („Program”)** jest **LUX MED Sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa, wpisanym 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 zł
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 powyżej 18 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

4. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Programu jest akceptacja przez Nabywcę Programu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie płatności za program zgodnie z ust. 5 poniżej.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca Programu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Programu Zabiegowe Leczenie Chrapania (określonego w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu), wynosi ... (słownie: ...).
6. Uprawnienia do świadczeń w ramach niniejszego produktu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED Sp. z o.o. wpłaty poprzez system płatności internetowych PayU SA.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z PROGRAMU

7. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania Regulaminu, Zleceniodawca może odstąpić od Umowy bez podania przyczyny, składając oświadczenie na piśmie według wzoru stanowiącego Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu i przysyłając je na adres: Sprzedaz_ind@luxmed.pl.
8. Prawo odstąpienia od umowy zawartej na odległość nie przysługuje konsumentowi w wypadku świadczenia usług rozpoczętych, za zgodą konsumenta, przed upływem 14 dni od dnia zawarcia umowy, za wyjątkiem sytuacji opisanej w ust. 13.

REGULAMIN

Zabiegowe Leczenie Chrapania

WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

9. Program realizowany jest wyłącznie w Szpitalu LUX MED. w Warszawie przy ul. Puławskiej 455 w godzinach pracy placówki.
10. Zakres usług zakupionych w zestawie można wykonać jednorazowo.
11. Program można zrealizować w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień.
12. W przypadku zalecenia przez lekarza wykonania innych dodatkowych usług wykraczających poza zakres Programu, usługi te realizowane będą odpłatnie zgodnie z cennikiem obowiązującym w placówce.
13. W przypadku wydania przez lekarza orzeczenia o braku możliwości przeprowadzenia zabiegowego leczenia chrapania Nabywcy Programu przysługuje zwrot całości poniesionych kosztów, w tym celu należy się skontaktować z Działem Sprzedaży Indywidualnej pod numerem 22 339 37 33.
14. Warunkiem udzielenia świadczenia w ramach Programu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu. Termin udzielenia świadczenia uzgodnić należy z personelem recepcji Szpitala LUX MED osobiście lub telefonicznie pod numerem **(22) 469 12 29**.

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 cesji programu na inną osobę.
18. Zakup Programu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiegokolwiek usługi.
19. Integralną część Regulaminu stanowi załącznik nr 1

REGULAMIN
Zabiegowe Leczenie Chrapania

Załącznik nr 1

W skład programu wchodzi następujące świadczenia:

- Konsultacja lekarza laryngologa
- Operacja plastyczna podniebienia w zespole bezdechu i chrapania diatermia radiowa;
- Znieczulenie miejscowe do zabiegu

ZAŁĄCZNIK NR 1 WZÓR FORMULARZA ODSĄPIENIA 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/ (*)
.....
.....

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

REGULAMIN
Zabiegowe Leczenie Chrapania