

## REGULAMIN

### skorzystania z Zabiegu radykalne wycięcie zmiany skórnej

| 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 **Zabiegu radykalne wycięcie zmiany skórnej** 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 PLN.
2. Nabywcą może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia.
3. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych mogą być osoby powyżej 18 roku życia.

### WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

4. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia usługi jest akceptacja przez Nabywcę niniejszego Regulaminu oraz dokonanie płatności zgodnie z ust. 5 poniżej.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do skorzystania z Zabiegu radykalne wycięcie zmiany skórnej 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 ZABIEGU

7. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania Regulaminu, Zleceniodawca może odstąpić od Umowy bez podania przyczyny, składając oświadczenie na piśmie zgodnie ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu i przesyłając 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. 12.

### **WARUNKI REALIZACJI**

9. W zakres zestawu Zabieg radykalnego wycięcia zmiany skórnej wchodzi następujące usługi:
- konsultacja chirurga ogólnego
  - zabiegu radykalnego wycięcia zmiany skórnej (do 1,5 cm),
  - znieczulenie miejscowe do zabiegu,
  - badanie histopatologicznego
  - usunięcie szwów po zabiegu
10. Usługi można zrealizować w następujących placówkach Grupy LUX MED: Szpital LUX MED w Warszawie przy ul. Puławskiej 455
11. Usługę można zrealizować w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień, nie wcześniej jednak niż 48 godzin od momentu aktywacji uprawnień.
12. Warunkiem udzielenia świadczenia 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**.
13. W przypadku stwierdzenia przez lekarza kwalifikującego do świadczenia zdrowotnego przeciwwskazań do przeprowadzenia zabiegu Nabywcy Programu przysługuje zwrot poniesionych kosztów pomniejszonych o wartość wykonanych usług zgodnie z cennikiem obowiązującym w placówce. W tym celu należy skontaktować się z Działem Sprzedaży Indywidualnej pod numerem telefonu 22 339 37 33.
14. W przypadku zalecenia przez lekarza wykonania innych usług wykraczających poza wyżej wymieniony zakres usługi te realizowane będą poza ww. zestawem, odpłatnie, zgodnie z cennikiem obowiązującym w placówce.

### **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](mailto:opinie@luxmed.pl)

### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

17. Nie ma możliwości cesji programu na inną osobę.
18. Zakup oraz korzystanie z zabiegu radykalnego wycięcia zmiany skórnej nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiegokolwiek usługi.

## ZAŁĄCZNIK NR 1 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