

REGULAMIN

skorzystania z Pakietu Kwalifikującego do leczenia żylaków kończyn dolnych

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

- Wykonawcą **Pakietu kwalifikującego do leczenia żylaków kończyn dolnych** („Pakiet”) 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.
- Nabywcą może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia.
- Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych mogą być osoby powyżej 18 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

- Warunkiem przystąpienia i uruchomienia usługi jest akceptacja przez Nabywcę niniejszego Regulaminu oraz dokonanie płatności zgodnie z ust. 5 poniżej.
- Całkowita opłata, którą Nabywca zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do skorzystania ze świadczenia zdrowotnego – Pakiet kwalifikujący do leczenia żylaków kończyn dolnych wynosi ... (słownie: ...)
- 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

- 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 1 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 PROGRAMU

7. Świadczenie zdrowotne – Pakiet kwalifikujący do leczenia żylaków kończyn dolnych odbywa się w Szpitalu LUX MED przy ul. Puławskiej 455 w Warszawie i składa się z :
 - a. Konsultacji chirurga
 - b. USG Doppler żył kończyn dolnych
 - c. 15% jednorazowego rabatu na usługi z zakresu leczenia żylaków spośród wymienionych wykonywane podczas jednego zabiegu (skleroterapia, miniflebektomia, VENEFITR (VNUS), safenektomia/parvektomia)

Konsultacja kwalifikująca chirurga wraz USG w ramach Programu wykonuje Lek. med. Jarosław Rosochacki oraz dr n. med. Karol Chakkour.

8. W przypadku zalecenia przez lekarza wykonania innych dodatkowych usług wykraczających poza wyżej wymieniony zakres usługi te realizowane będą poza ww. zestawem, odpłatnie, zgodnie z cennikiem obowiązującym w placówce.
9. W celu skorzystania z 15% rabatu na usługi z zakresu leczenia żylaków (skleroterapia, miniflebektomia, VENEFITR (VNUS), safenektomia/parvektomia) należy w recepcji placówki przed skorzystaniem z zabiegu okazać otrzymany voucher. Voucher może zrealizować tylko Osoba Uprawniona do realizacji Pakietu kwalifikującego. Vouchera nie można przekazać osobom trzecim, rabat w ramach otrzymanego vouchera jest jednorazowy, dotyczy usług spośród wymienionych wykonywanych podczas jednego zabiegu i nie łączy się z innymi promocjami i rabatami.
10. Usługę można zrealizować w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień, nie wcześniej jednak niż 48 godzin od momentu aktywacji uprawnień.
11. 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**.

KONTAKT I REKLAMACJE

12. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
13. 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

14. Nie ma możliwości cesji programu na inną osobę.
15. Zakup oraz korzystanie ze świadczeń w ramach usługi Pakiet kwalifikujący do leczenia żylaków kończyn dolnych 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