

REGULAMIN

Trial - Trening pokazowy CMTS

DANE NABYWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Dokument tożsamości: ...	Seria i numer:
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 świadczenia zdrowotnego Trening pokazowy CMTS („Usługa”), (określonego szczegółowo 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 516.078.000,00 PLN.
2. Usługa jest wykonywana w ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego „Sport Medica” S.A. Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej **Carolina Medical Center** Szpital („**Carolina Medical Center**”) z siedzibą w Warszawie przy ul. Pory 78.
3. Nabywcą Usługi może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Usługi lub osoba trzecia.
4. Osobami Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Usługi mogą być osoby powyżej 16 roku życia. W przypadku pacjentów niepełnoletnich podczas badań i konsultacji wykonywanych w ramach Usługi wymagana jest obecność rodzica lub innego przedstawiciela ustawowego.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO USŁUGI

5. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Usługi jest akceptacja przez Nabywcę Usługi niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Usługę w kwocie określonej w ust. 6 poniżej.
6. Całkowita opłata, którą Nabywca Usługi zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do skorzystania z Usługi Osoby Uprawnionej, wynosi 89,43 zł + VAT 23%, co w sumie wynosi: **110,00 zł** (słownie sto dziesięć zł).

7. Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Usługi zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 6 powyżej.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z USŁUGI

8. W ciągu 10 dni od dnia zawarcia Umowy Nabywca Usługi może odstąpić od Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszego Regulaminu bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie poprzez przesyłanie go na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl.
9. Prawo odstąpienia od Umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy Usługi w wypadku rozpoczęcia świadczenia usług w ramach świadczenia zdrowotnego – Trening pokazowy CMTS, za zgodą Nabywcy, przed upływem 10 dni od dnia zawarcia Umowy.

WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Usługi odbywa się w dedykowanej placówce Carolina Medical Center przy ul. Pory 78 w Centrum Treningowym C.M.T.S. godzinach pracy tej placówki.
11. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach usługi – Pakiet Trening pokazowy CMTS, jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania poprzez skontaktowanie się z Call Center Carolina Medical Center pod numerem 22 355 82 00.
12. Usługa – Pakiet Trening pokazowy CMTS, składa się z 60 minut treningu funkcjonalnego pod okiem fizjoterapeuty – trenera przygotowania motorycznego. Trening odbywa się z wykorzystaniem urządzeń pozwalających na połączenie treningu siłowego z funkcjonalnym.
13. Świadczenia w ramach Usługi należy zrealizować nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Usługi.
14. Osoba uprawniona do zrealizowania usługi może skorzystać z usługi Trening pokazowy CMTS tylko jeden raz (1).
15. W celu prawidłowego przygotowania się do wykonania usług wchodzących w skład Usługi – Trening pokazowy CMTS, należy zapoznać się z treścią Załącznika nr 2 do niniejszego Regulaminu. Zaleca się zabranie wypełnionej Ankiety na trening.

OŚWIADCZENIE NABYWCY

16. Nabywca (w rozumieniu Usługi Trening pokazowy CMTS) poinformował Osobę Uprawnioną (w rozumieniu ww. regulaminu) do korzystania z usług w ramach świadczenia zdrowotnego (w rozumieniu ww. regulaminu) o:
 1. adresie siedziby i pełnej nazwie LUX MED Sp. z o.o. jako administratora danych tej Osoby przekazanych przez Nabywcę;
 2. celu i zakresie zbierania przez LUX MED Sp. z o.o. danych, o których mowa w pkt. 1. powyżej;
 3. źródle danych, o których mowa w pkt. 1. powyżej;
 4. prawie dostępu Osoby Uprawnionej do treści swoich danych przetwarzanych przez LUX MED Sp. z o.o. jako administratora danych oraz prawie do ich poprawiania;
 5. uprawnieniach wynikających z art. 32 ust. 1 pkt 7 i 8 Ustawy z dnia 2 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych („Ustawa”) tj.
 - a) wniesienia, w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy, pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację,

- b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych w przypadkach, wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania jej danych osobowych innemu administratorowi danych.

17. Nabywca oświadcza, iż posiada zgodę osoby wskazanej w Regulaminie świadczenia zdrowotnego Trening pokazowy CMTS jako Osoba Uprawniona do korzystania z usług w ramach ww. świadczenia na przekazanie następujących danych osobowych tej osoby: imienia i nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, numeru telefonu, adres e-mail, adres zamieszkania.

KONTAKT I REKLAMACJE

18. Reklamacje przyjmowane są wyłącznie w formie pisemnej.
19. Reklamacje dotyczące obsługi rozpatrywane są w ciągu 5 dni roboczych, reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpływu reklamacji na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
Departament Obsługi Klienta
Dział Zarządzania Reklamacjami
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa
lub na adres poczty elektronicznej: obsługa.klienta@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Załącznik nr 1

Wykaz usług wchodzących w skład świadczenia zdrowotnego Trening pokazowy CMTS

1. Trening rozpoczyna się krótkim wywiadem na temat sprawności fizycznej, problemów zdrowotnych, planów sportowych.
2. 60 minut treningu funkcjonalnego pod okiem fizjoterapeuty – trenera przygotowania motorycznego.

Trening odbywa się z wykorzystaniem urządzeń pozwalających na połączenie treningu siłowego z funkcjonalnym.

Na trening należy przyjść w stroju sportowym.

Zaleca się wypełnienie i zabranie na trening Ankiety opisanej w Załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu.

Załącznik nr 2

CMTS			
Wstępne badanie lekarskie – WYWIAD			
	Nazwisko (<i>name</i>):		
	Imię (<i>First name</i>):		
	Data urodzenia (<i>Date of birth</i>):		
	PESEL		
	Wiek (<i>Age</i>):		
	Numer karty pacjenta (<i>The Patient card number</i>):		
		TAK	NIE
1.	Czy aktualnie czujesz się/jesteś zdrowy?		
2.	Czy w ciągu ostatniego miesiąca chorowałeś na jakąkolwiek chorobę?		
3.	Czy chorujesz przewlekłe lub masz jakiś inny przewlekły problem (np. cukrzycę, astmę, nadciśnienie, leczenie niepłodności)?		
4.	Czy kiedykolwiek byłeś przyjęty do szpitala/przebywałeś w szpitalu?		
5.	Czy kiedykolwiek przeszedłeś zabieg operacyjny?		
6.	Czy w chwili obecnej przyjmujesz jakiekolwiek leki? (zarówno na receptę, jak i te dostępne bez recepty, inhalacje, środki antykoncepcyjne)		
7.	Czy kiedykolwiek stosowałeś preparaty witaminowe lub inne suplementy w celu np. redukcji wagi ciała, zwiększenia masy mięśniowej lub poprawienia wyniku sportowego?		
8.	Czy jesteś na coś uczulony? (np. leki, pyłki, owady, pokarm)		
9.	Czy kiedykolwiek zemdlałeś, byłeś bliski zemdlenia lub straciłeś przytomność? (zwłaszcza w trakcie lub po wysiłku fizycznym)		
10.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie wysokie ciśnienie krwi?		
11.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie wysoki poziom cholesterolu?		
12.	Czy kiedykolwiek rozpoznano u Ciebie szmery w sercu?		
13.	Czy podczas wysiłku męczysz się łatwiej/szybciej niż Twoi rówieśnicy?		
14.	Czy ktoś z rodziny zmarł nagle w wyniku choroby serca lub bez znanej przyczyny w wieku <50 lat?		
15.	Czy masz obecnie jakieś problemy dermatologiczne? (np. wysypka, świąd, trądzik,		

	kurzajki, grzybica, pęcherze itp.)		
16.	Czy doznałeś kiedykolwiek urazu głowy, wstrząsu mózgu, straciłeś przytomność, pamięć, doznałeś drgawek lub rozpoznano u Ciebie padaczkę?		
17.	Czy miewasz częste lub mocne bóle głowy?		
18.	Czy kiedykolwiek odczuwałeś drętwienie/mrowienie w rękach, nogach czy stopach?		
19.	Czy miałeś kiedykolwiek złamanie lub pęknięcie kości/skręcenie, zwichnięcie stawu, zerwanie mięśnia lub więzadła, zapalenie ścięgna? (jeśli tak, zakreśl poniżej okolicę)		
	Plecy (część dolna)		
	Plecy (część górna)		
	Klatka piersiowa		
	Szyja		
	Bark		
	Ramię		
	Łokieć		
	Przedramię		
	Dłoń/palce		
	Biodro		
	Udo		
	Kolano		
	Łydka/goleń		
	Stopa/palce		
20.	Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały rehabilitacji, fizykoterapii, usztywnienia, gipsu czy korzystania ze stabilizatorów, aparatów korekcyjnych lub kul?		
21.	Czy zdarzały Ci się sytuacje, które wymagały wykonania Rtg, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, USG lub innych badań specjalistycznych?		
22.	Czy kiedykolwiek miałeś problem z oczami lub widzeniem?		
23.	Czy nosisz okulary/soczewki kontaktowe?		
24.	Czy występują (występowały) u Ciebie przewlekłe zapalenia uszu, upośledzenie słuchu, urazy uszu?		
25.	Czy występuje u Ciebie przewlekły nieżyt nosa, upośledzenie drożności nosa?		

26.	Czy masz przewlekłe stany zapalne gardła, krtani lub inne problemy dotyczące tych narządów?		
27.	Czy urodziłeś się bez lub czy brakuje Ci nerki, oka, jądra lub innego narządu (anatomicznie lub funkcjonalnie)?		
28.	Czy chorowałeś na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych?		
29.	Czy kiedykolwiek lekarz stwierdził u Ciebie anemię lub niedobór żelaza?		
30.	Czy kiedykolwiek korzystałeś z porady lekarza psychiatry?		
31.	Czy w ciągu ostatniego roku istotnie przybrałeś na wadze lub schudłeś?		
32.	Czy masz jakieś problemy, które chciałbyś omówić z lekarzem? Jakież?		
	WYPEŁNIAJĄ TYLKO KOBIETY		
33.	W jakim wieku miałaś pierwszą miesiączkę? – w roku życia		
34.	Podaj datę ostatniej miesiączki?		
35.	Ile dni trwa średnio miesiączka? dni.		
36.	Co ile dni zazwyczaj miesiączkujesz? Co dni.		
37.	Czy jesteś w ciąży?		
	Stwierdzam niniejszym, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą odpowiedzi na powyższe pytania są wyczerpujące i prawdziwe		
	Podpis		
	Wyrażam zgodę na anonimowe wykorzystanie wyników badań do celów statystycznych i naukowych		
	Podpis		

Powyższa ankieta opracowana została w oparciu o formularze medyczne przyjęte przez American Medical Society for Sports Medicine, American Orthopaedic Society of Sports Medicine, American Osteopathic Academy of Sports Medicine oraz Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej.