

REGULAMIN
zakupu i realizacji usługi
Przegląd zdrowia po przebyciu COVID-19 – kardiologiczno-pulmonologiczny

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: ...	

Data aktywacji Usługi: ...
Cena za Usługę: ...
Okres ważności Usługi: do dnia ...

INFORMACJE OGÓLNE

1. Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem” określa zakres, zasady nabycia i realizacji świadczenia zdrowotnego, tj. usługi „**Przegląd zdrowia po przebyciu COVID-19 – kardiologiczno-pulmonologiczny**” („Usługa” lub „Przegląd”), której szczegóły zostały wskazane w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
2. Sprzedawcą świadczeń zdrowotnych w ramach Usługi 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 („LUX MED”).
3. Nabywcą Usługi może zostać osoba, która ukończyła 18. rok życia. Osobą uprawnioną może być Nabywca albo wskazana przez Nabywcę inna osoba fizyczna powyżej 18 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

1. Warunkiem zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, której przedmiotem jest realizacja Usługi oraz warunkiem uruchomienia Usługi jest łącznie: akceptacja przez Nabywcę niniejszego Regulaminu oraz dokonanie zapłaty wynagrodzenia za Usługę w pełnej wysokości, w kwocie określonej w ust. 2 poniżej.
2. Całkowite wynagrodzenia za udzielenie świadczeń w ramach Usługi lub gotowość do ich udzielenia, którą Nabywca zobowiązuje się uiścić wynosi:
... (słownie: ...).
3. Za dzień zapłaty uznaje się dzień uznania rachunku bankowego LUX MED pełną kwotą należności.
4. 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. 2 powyżej.
5. Uprawnienia do skorzystania z Usługi są aktywne przez okres 6 miesięcy od daty aktywacji, o której mowa w ust. 4 powyżej.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA

1. W ciągu 14 dni od dnia zawarcia umowy na Usługę, Nabywca może od niej odstąpić bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie na piśmie według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu i przesyłając je na adres: cc_profemed@luxmed.pl

2. Prawo odstąpienia od umowy w terminie 14 dni nie przysługuje Nabywcy Usługi w wypadku, gdy Osoba Uprawniona rozpocznie realizację usług w ramach Usługi, przed upływem 14 dni od dnia zawarcia umowy.

WARUNKI REALIZACJI USŁUGI

1. Na podstawie niniejszej Umowy LUX MED jest uprawniony do zlecenia wykonania poszczególnych usług wchodzących w skład Przeglądu także innym podmiotom leczniczemu, w tym Szpitalowi Św. Elżbiety Mokotowskiemu Centrum Medycznemu Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Goszczyńskiego 1.
2. Warunkiem udzielenia świadczeń zdrowotnych w ramach Usługi jest uprzednie uzgodnienie terminu ich realizacji - w tym celu w ciągu 1 dnia roboczego od momentu zakupu Usługi z Osobą Uprawnioną skontaktuje się Koordynator Pacjenta podmiotu leczniczego, który będzie wykonywać daną usługę, w celu uzgodnienia z Osobą Uprawnioną terminu wizyt i przekaże informacje (w tym przygotowanie do badań) niezbędne do prawidłowej realizacji danej usługi.
3. Świadczenia zdrowotne w ramach Przeglądu można zrealizować w ciągu 6 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień do Usługi.
4. W przypadku zaistnienia u Osoby uprawnionej przeciwwskazań medycznych do wykonania którejkolwiek z usług dostępnych w ramach Usługi, Szpital ma prawo odmówić wykonania tych usług z uwagi na zapewnienie bezpieczeństwa medycznego Osoby uprawnionej.
5. Po wykonaniu wszystkich badań i konsultacji specjalistycznych wchodzących w zakres Przeglądu przeprowadzona jest konsultacja podsumowująca wyniki wykonanych badań i wydane zalecenia na przyszłość.
6. W przypadku wystawienia przez lekarza podczas konsultacji telefonicznej rozpoczynającej Przegląd lub/i podczas konsultacji w trakcie realizacji Przeglądu z uwagi na indywidualne wskazania medyczne Osoby Uprawnionej skierowań na badania wykraczające poza listę badań szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu, badania te będą mogły zostać wykonane odpłatnie poza zakresem Przeglądu, zgodnie z cennikiem placówki w której mają być wykonane.

DANE OSOBOWE

1. Administratorem danych osobowych Nabywcy oraz Osoby Uprawnionej (jeśli jest inna niż Nabywca) jest LUX MED zgodnie z treścią art. 4 ust. 7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej: „Rozporządzenie”).
2. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych, Panią Katarzyną Pisarzewską, za pośrednictwem adresu e-mail: daneosobowe@luxmed.pl.
3. Podanie danych przez Nabywcę, jak i chęć przystąpienia do Usługi są całkowicie dobrowolne.
4. LUX MED przetwarza dane osobowe w ramach realizacji Usługi w zakresie obejmującym imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL (a w przypadku Nabywców nieposiadających numeru PESEL - datę urodzenia, obywatelstwo oraz płeć) jak również adres e-mail oraz numer telefonu Nabywcy, a w przypadku osób, na rzecz których mają zostać udzielone świadczenia - imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, datę urodzenia, płeć oraz numer PESEL (w razie Osoby Uprawnionej nieposiadającej numeru PESEL także informacje o obywatelstwie). Dodatkowo w związku z zawarciem umowy na realizację Usługi, LUX MED przetwarza także informacje dotyczące płatności (numer rachunku Nabywcy). Dane nie będą podlegały profilowaniu, a ich przetwarzanie każdorazowo odbywa się z udziałem czynnika ludzkiego.
5. Jako administrator, LUX MED informuje, że dane Nabywcy oraz Osoby Uprawnionej są przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji Usługi, czyli na potrzeby objęcia opieką zdrowotną oraz rozliczenia płatności. Z zastrzeżeniem tego terminu, jeżeli dane były przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzane są w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego (dane przetwarzane są w ramach prawnie uzasadnionego interesu administratora jakim jest obrona lub dochodzenie roszczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej). Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych przetwarzane są przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Przypominamy, że w ramach udzielenia Osobie Uprawnionej świadczeń zdrowotnych, może zostać utworzona dokumentacja medyczna. Stając się pacjentem LUX MED należy pamiętać, iż dokumentacja medyczna, przechowywana jest co najmniej przez okres 20 lat od dnia dokonania w

niej ostatniego wpisu Po upływie wyżej wymienionych okresów dane są usuwane lub poddawane anonimizacji.

6. Jako podmiot leczniczy, LUX MED w szczególności dba o poufność danych. Z uwagi na konieczność zapewnienia odpowiedniej organizacji np. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących sprawach dotyczących prowadzonej działalności jako przedsiębiorcy, jak również realizacji praw jako Nabywcy oraz Osoby Uprawnionej, dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców:
 - a. innym podmiotom leczniczym, współpracującym z LUX MED w celu zapewnienia ciągłości leczenia oraz dostępności opieki zdrowotnej w postaci placówek własnych oraz placówek współpracujących z LUX MED na terenie Polski, w tym podmiotowi Szpital Św. Elżbiety Mokotowskie Centrum Medyczne sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie;
 - b. dostawcom usług zaopatrujących LUX MED w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz zarządzanie organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, dostawcom sprzętu diagnostycznego, firmom kurierskim i pocztowym);
 - c. dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LUX MED w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym),
 - d. osobom upoważnionym w ramach realizacji praw pacjenta Osoby Uprawnionej.
7. Z uwagi na to, że LUX MED korzysta z usług innych dostawców, np. w zakresie infrastruktury informatycznej bądź serwisów sprzętu diagnostycznego, dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej. Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LUX MED a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską.
8. Jako administrator danych, zapewniamy prawo dostępu do danych, ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Nabywca lub Osoba Uprawniona może także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LUX MED sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Jeżeli jako Nabywca lub Osoba Uprawniona chcesz skorzystać z któregośkolwiek z tych uprawnień - skontaktuj się z LUX MED poprzez infolinię, stronę internetową bądź z Inspektorem Ochrony Danych za pośrednictwem adresu e-mail daneosobowe@luxmed.pl. Informujemy także o przysługującym prawie do wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych

§6

KONTAKT I REKLAMACJE

1. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
2. 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

§ 7

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Umowa, której treść określa niniejszy Regulamin jest zawierana na czas określony **6 miesięcy** od dnia aktywowania Usługi.
2. Strony nie mają prawa dokonać cesji praw i obowiązków wynikających z niniejszej umowy, w tym Nabywca nie ma możliwości dokonania cesji praw na inną osobę niż wskazana jako Osoba Uprawniona.
3. 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 inne usługi.

4. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego Regulaminu a Regulaminem Sklepu internetowego dostępnego pod adresem www.luxmed.pl, zastosowanie znajdują postanowienia niniejszego Regulaminu.
5. Integralną część Regulaminu stanowi załącznik nr 1 oraz 2.

Załącznik nr 1 – Wykaz usług wchodzących w zakres Przeglądu zdrowia po przebyciu COVID-19- kardiologiczno-pulmonologiczny

Limit wykonanych usług wyszczególnionych poniżej – o ile nie zaznaczono inaczej wynosi 1 (jeden).

Badania laboratoryjne:

Badania z krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania

Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny

Test COVID-19 przeciwciała IgG z krwi

CRP – ilościowo

NT pro BNP

D – Dimery

Sód / Na

Potas / K

Kreatynina / Creatinine

Transaminaza GPT / ALT

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

Badanie ogólne moczu

Badania diagnostyczne:

EKG spoczynkowe

TK Tomografia komputerowa klatki piersiowej HRCT

Echokardiografia serca (USG serca)

Konsultacje:

Konsultacja telefoniczna internistyczna rozpoczynająca Przegląd

Konsultacja pulmonologa

Konsultacja kardiologa

Załącznik nr 2:

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

cc_profemed@luxmed.pl

Ja niżej podpisany:	 (imię, nazwisko, PESEL)
odstępuję od umowy (w oparciu o treść § 4 ust. 1 tejże):	 (nazwa/numer umowy)
zawartej w dniu:	 (data zawarcia umowy)
numer rachunku bankowego, na który ma zostać zwrócona Opłata ryczałtowa lub pierwsza jej rata (o ile zostały uiszczone):	_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-_____-
Właściciel rachunku:	 (imię, nazwisko)
dodatkowe informacje:	 (jeśli potrzeba)

.....

podpis

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....