

REGULAMIN

Zestawu Stop zaczerwienieniom - Laser naczyniowy zabieg średni obszar

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 usług zakupionych w zestawie **Zestawu Usług Stop zaczerwienieniom - Laser naczyniowy zabieg średni obszar „Zestaw”** (określonego szczegółowo w 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 676 123 500,00 PLN, telefon: 22 450 45 00 („LUX MED”).
- Nabywcą zestawu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia („Nabywca”). Osobą Uprawnioną może być Nabywca Zestawu lub osoba trzecia.
- Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń wykonywanych w ramach zestawu mogą być osoby powyżej 18 roku życia („Osoba Uprawniona”).

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

- Warunkiem przystąpienia i uruchomienia usług w ramach Zestawu jest akceptacja przez Nabywcę Zestawu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej wpłaty zgodnie z ust. 5 niniejszego Regulaminu.
- Całkowita opłata, którą Nabywca zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia Uprawnionego do skorzystania ze świadczeń w ramach Zestawu, wynosi ... (słownie: ...)
- Uprawnienia do świadczeń w ramach niniejszego Zestawu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 5 powyżej poprzez system płatności internetowych PayU SA.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z ZESTAWU

7. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania niniejszego Regulaminu, Nabywca może odstąpić od Umowy o udzielanie świadczeń na podstawie niniejszego Regulaminu bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie na piśmie według wzoru stanowiącego Załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu i przesyłając je na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl.
8. 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 ZESTAWU

9. Usługi w ramach Zestawu można zrealizować w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień, o których mowa w ust. 6 powyżej.
10. Zabieg „Laserowe zamykanie naczynek - średni obszar” dotyczy takich obszarów jak twarz lub innego obszaru odpowiadającego tej wielkości.
11. Przeciwwskazaniami do zabiegu są : ciąża, zażywanie leków uczulające na światło (np. z witaminą A, psychotropowe, tzw. antybiotyki tetracyklinowe), picie ziół (należy odstawić picie ziół na około 7 dni przed zabiegiem), bycie pod wpływem alkoholu, bielactwo oraz łuszczyca, stany zapalne skóry w miejscu zabiegowym, opalenizna (świeża), bliznowce.
12. Ostateczną decyzję o dopuszczeniu Pacjenta do zabiegu na podstawie wskazań medycznych podejmuje lekarz podczas konsultacji kwalifikującej w dniu zabiegu. Konsultacja jest wliczona w cenę zabiegu. W przypadku niezakwalifikowania Pacjenta do zabiegu z przyczyn medycznych Pacjentowi zwracana jest cena zestawu pomniejszona jednakże o koszt konsultacji kwalifikacyjnej w wysokości 100 zł.
13. LUX MED zastrzega, że ze względów medycznych jednorazowe wykonanie zabiegu nie gwarantuje pełnej skuteczności zabiegu, a skuteczność zabiegu uzależniona jest od indywidualnych predyspozycji i stanu zdrowia Pacjenta. Niepełne domknięcie naczyń nie świadczy o nieprawidłowym wykonaniu usługi. W przypadku niepełnego domknięcia naczyń może być wymagane powtórzenie zabiegu – z tego powodu Pacjentowi w ciągu 1 miesiąca od wykonania usługi przysługuje bezpłatna wizyta kontrolna wraz z zabiegiem korygującym, o ile taki okaże się niezbędny. Zabieg korygujący może dotyczyć wyłącznie tego samego obszaru którego dotyczył pierwszy zabieg. Decyzję o potrzebie przeprowadzenia i możliwości przeprowadzenia zabiegu korygującego podejmuje lekarz podczas wizyty kontrolnej. Przeciwwskazania do zabiegu korygującego są takie same jak wskazane w ust. 11. powyżej.
14. Po zabiegu w ciągu 7 dni nie należy się opalać, ani pić alkoholu.
15. Udzielanie świadczeń w ramach Zestawu odbywa się w **placówce Klinika Estetyki Grupy LUX MED.** zlokalizowanej **w Warszawie przy ul. Al. Jerozolimskie 65/79** (VI piętro budynku Hotelu Marriott), w godzinach pracy placówki.
16. Warunkiem udzielenia świadczenia w ramach Zestawu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu z LUX MED. Termin udzielenia świadczenia uzgodnić należy z personelem recepcji osobiście lub telefonicznie pod numerem **885 670 140 lub 22 469 12 29.**

KONTAKT I REKLAMACJE

17. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.

18. 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

19. Nie ma możliwości dokonania cesji uprawnień przysługujących w ramach Zestawu na inną osobę.
20. Zakup Zestawu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiegokolwiek usługi.
21. Integralną część Regulaminu stanowią Załączniki.

Załącznik nr 1 – Zakres usług zakupionych w zestawie oraz przysługujący limit (jeśli dana usługa jest objęta limitem)

Nazwa usługi wchodzącej w zakres Zestawu	Limit wykonań –
Zabieg Medycyny Estetycznej - Laser naczyniowy - średni obszar	1
Konsultacja lekarska kwalifikująca do zabiegu	1

Zabieg średni obszar może dotyczyć takiego obszaru jak twarz lub innego obszaru odpowiadającego tej wielkości.

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
sprzedaz_ind@luxmed.pl

Ja niżej podpisany:	 (imię, nazwisko, PESEL)
odstępuję od umowy	 (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)

.....
data