

REGULAMIN zakupu i realizacji produktu

Terapia oddechowa – jedno spotkanie (1) („Produkt”)

DANE NABYWCY	
Imię i Nazwisko:	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	E-mail: ...

zwany dalej „Nabywcą” lub „Nabywcą Produktu”

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z USŁUG	
Imię i Nazwisko: :	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	

zwany dalej „Osobą Uprawnioną”

Data aktywacji produktu: ...

Cena za produkt: ...

Okres ważności produktu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

1. Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem” określa zakres, zasady nabycia i realizacji usług określonych w Regulaminie.
2. Podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu **Terapia oddechowa – 1 (jedno) spotkanie** 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 Produktu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Produktu albo wskazana przez Nabywcę osoba trzecia, która ukończyła 18 rok życia.

WARUNKI ZAKUPU I REALIZACJI

1. Warunkiem zawarcia umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, której przedmiotem jest zakup oraz realizacja usług w ramach Produktu oraz warunkiem uruchomienia umowy na rzecz Nabywcy albo wskazanej przez Nabywcę Osoby Uprawnionej jest łącznie: akceptacja przez Nabywcę niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Produkt w kwocie określonej w ust. 2 poniżej.
2. Całkowita opłata za Produkt, tj. za udzielenie świadczeń określonych w umowie lub gotowość do ich udzielenia, którą Nabywca Produktu zobowiązuje się uiścić wynosi:
... (słownie: ...).
Za dzień zapłaty uznaje się dzień uznania rachunku bankowego LUX MED pełną kwotą należności.
3. Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 2 powyżej.

4. Produkt (umowa) jest aktywny do momentu wykorzystania wszystkich usług wchodzących w skład Produktu, jednak nie dłużej niż przez okres 1 miesiąca od daty aktywacji, o której mowa w ust. 3 powyżej.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY I REZYGNACJA Z PRODUKTU

1. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania niniejszego Regulaminu (zawarcia umowy), 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 3 do niniejszego Regulaminu i przesyłając je na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl
2. Prawo odstąpienia od Umowy w terminie 14 dni nie przysługuje Nabywcy Produktu w wypadku, gdy Osoba Uprawniona rozpocznie realizację usług w ramach Produktu (umowa), przed upływem 14 dni od dnia zawarcia umowy.

WARUNKI REALIZACJI USŁUG

- Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy odbywa się wyłącznie w dedykowanych placówkach Grupy LUX MED., szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu, w godzinach pracy tych placówek.
- W wyjątkowych przypadkach, w szczególności z uwagi na zaistnienie siły wyższej LUX MED może umożliwić realizację wchodzących w skład Produktu usług szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 1 w innej niż wskazana w ust 1 placówce LUX MED.
- Świadczenia zdrowotne w ramach Produktu należy zrealizować nie później niż w **ciągu 1 miesiąca** od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Produktu.
- Warunkiem udzielenia świadczeń w ramach Produktu jest uprzednie uzgodnienie ich terminu poprzez skontaktowanie się z infolinią pod numerem **22 33 22 844** lub osobiście w recepcji wskazanej placówki.
- W przypadku zlecenia przez lekarza dodatkowych usług wykraczających poza zakres Produktu (umowy) szczegółowo wymienionego w Załączniku nr 1, usługi te mogą zostać wykonane przez LUX MED odpłatnie za dodatkowym wynagrodzeniem niż te wynikające z niniejszej umowy, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce medycznej LUX MED lub zgodnie z posiadanymi uprawnieniami do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez LUX MED na podstawie innej umowy.

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Umowa jest zawierana na czas określony **1 miesiąca** od dnia aktywowania Produktu.
2. Nie ma możliwości dokonania cesji praw na inną osobę.
3. Zakup Produktu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez LUX MED na jakiegokolwiek 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, 2.

Załącznik nr 1 - Wykaz badań wchodzących w zakres Produktu **Terapia oddechowa – jedno spotkanie (1)**

Ćwiczenia oddechowe – limit 1

Usługa umożliwia Pacjentowi skorzystanie bez skierowania z **jednego spotkania z fizjoterapeutą** w zakresie terapii oddechowej. Usługa dotyczy Pacjentów powyżej 18 roku życia i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych):

- uszkodzenie płuc w zakresie wydolności oddechowej (spoczynkowa satO₂<94%),
- stan po uszkodzeniu serca lub przebyłym stanie zapalnym, takim jak zapalenie mięśnia sercowego lub zapalenie osierdzia w okresie wyrównanego krążenia,
- stany lękowe, depresja, zaburzenia snu,
- bóle mięśni lub stawów,
- chroniczne zmęczenie,
- przewlekłe choroby układu oddechowego (np. astma, POCHP, mukowiscydoza).

Uwaga:

Usługa obejmuje poradę fizjoterapeuty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy i podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej, w tym rozpoczęcia terapii oddechowej. W trakcie terapii stosowane są techniki oddechowe i pozycje zmniejszające duszność, ćwiczenia efektywnego kaszlu oraz ćwiczenia ogólnousprawniające. Przeciwwskazaniem do rozpoczęcia terapii oddechowej są: objawy niewydolności krążenia i zaawansowanej niewydolności oddechowej; choroby przewlekłe w okresie zaostrzeń; ostre stany chorobowe; choroby nowotworowe; gruźlica płuc; astma oskrzelowa wymagająca hospitalizacji; rozstrzenie oskrzeli z obfitą wydzieliną i towarzyszącym zapaleniem; stany przebiegające z krwiopluciem i po niedawno przebytych krwotokach. W trakcie terapii prowadzony jest monitoring stanu zdrowia Pacjenta. W przypadku zaistnienia zagrożenia zdrowia Pacjenta fizjoterapeuta ma prawo do odmowy wykonania usługi.

Załącznik nr 2 – Wykaz placówek

Bielsko Biała CM LUX MED ul. Broniewskiego 48
Gdańsk CM LUX MED ul. Jaśkowa Dolina 132
Gdańsk Medycyna Rodzinna ul. Pomorska 96
Gdynia Medycyna Rodzinna ul. Porębskiego 9
Gorzów CM LUX MED ul. Walczaka 41B
Kraków CM LUX MED ul. Opolska
Kraków CM LUX MED ul. Puskarska 7H
Kraków CM LUX MED ul. Al. Pokoju 5
Katowice CM LUX MED ul. Karłowicza 11
Łódź CM LUX MED ul. Milionowa 2G
Mielec CM LUX MED ul. Wojska Polskiego 3

Poznań CM LUXMED ul. Roosevelta 18
Rzeszów CM LUX MED ul. Jabłońskiego 2/4
Stara Iwiczna CM LUXMED ul. Nowa 4a
Szczecin Medycyna Rodzinna ul. Mickiewicza 128 a
Wałbrzych CM LUX MED ul. Uczniowska 16
Warszawa CM LUX MED ul. Domaniewska 41B
Warszawa CM LUX MED ul. Al. Jerozolimskie 65/79
Warszawa CM LUX MED ul. Al. Jana Pawła II 78
Warszawa CM LUX MED ul. Bobrowiecka 1
Warszawa CM LUX MED ul. Postępu 21 c
Wrocław Medycyna Rodzinna ul. Swobodna 1

Załącznik nr 3 WZÓR FORMULARZA Odstąpienia od umowy

(formularz ten należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)



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