

## REGULAMIN zakupu i realizacji produktu

### Psychoterapia rodzinna – 1 sesja („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 **Psychoterapia rodzinna – 1 sesja** 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 powyżej.
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.
5. W przypadku wizyt dla par/małżeństw/rodzin umówienie i zmiana terminu wizyty jest możliwe wyłącznie przez Pacjenta wskazanego jako osoba do kontaktu podczas pierwszej wizyty w placówce.
6. Wizyta dla par/małżeństw/rodzin może być odwołana wyłącznie przez Pacjenta wskazanego jako osoba do kontaktu, bez żadnych konsekwencji, nie później niż 24 godziny przed umówioną godziną wizyty. W przypadku niewykorzystania umówionej wizyty i jej nieodwołania w wyżej wskazanym terminie Pacjenci ponoszą pełny koszt wizyty, tzn. wykupiony pakiet jest pomniejszany o tę wizytę. To samo dotyczy zmiany terminu wizyty w terminie późniejszym niż wskazany.
7. Nieobecność części uczestników wizyty dla par/małżeństw/rodzin nie blokuje odbycia wizyty. W takim przypadku tematyka wizyty może ulec zmianie, o czym decyduje zgodnie ze wskazaniami medycznymi lekarz/terapeuta.

#### **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 2 do niniejszego Regulaminu i przesyłając je na adres: [sprzedaz\\_ind@luxmed.pl](mailto: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**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach umowy odbywa się wyłącznie w placówce LUX MED HARMONIA przy ul. Narbutta w Warszawie, w godzinach pracy tej placówki.
2. 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.
3. Świadczenia zdrowotne w ramach Produktu należy zrealizować nie później niż w **ciągu 1 miesiąca** od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Produktu.
4. Warunkiem udzielenia świadczeń w ramach Produktu jest uprzednie uzgodnienie ich terminu poprzez skontaktowanie się z infolinią pod numerem **22 33 81 611** lub osobiście w recepcji wskazanej placówki.
5. W przypadku wizyt dla par/małżeństw/rodzin umówienie i zmiana terminu wizyty jest możliwe wyłącznie przez Pacjenta wskazanego jako osoba do kontaktu podczas pierwszej wizyty w placówce.
6. Wizyta dla par/małżeństw/rodzin może być odwołana wyłącznie przez Pacjenta wskazanego jako osoba do kontaktu, bez żadnych konsekwencji, nie później niż 48 godzin przed umówioną godziną wizyty. W przypadku niewykorzystania umówionej wizyty i jej nieodwołania w wyżej wskazanym terminie Pacjenci ponoszą pełny koszt wizyty, tzn. wykupiony pakiet jest pomniejszany o tę wizytę. To samo dotyczy zmiany terminu wizyty w terminie późniejszym niż wskazany.
7. Nieobecność części uczestników wizyty dla par/małżeństw/rodzin nie blokuje odbycia wizyty. W takim przypadku tematyka wizyty może ulec zmianie, o czym decyduje zgodnie ze wskazaniami medycznymi lekarz/terapeuta.
8. 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: [obsługa.klienta@luxmed.pl](mailto:obsługa.klienta@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](http://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 **Psychoterapia rodzinna – 1 sesja**

Usługi dostępne w ramach Produktu – do realizacji z limitem jednej wizyty spośród niżej wymienionych :

PROFEMED - Psychoterapia rodzinna

#### 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](mailto:sprzedaz_ind@luxmed.pl)**

|                     |                                  |
|---------------------|----------------------------------|
| Ja niżej podpisany: | .....<br>(imię, nazwisko, PESEL) |
| odstępuję od umowy: | .....                            |

|                                                                                                                                      |                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
|                                                                                                                                      | (nazwa/numer umowy)                   |
| zawartej w dniu:                                                                                                                     | .....<br>(data zawarcia umowy)        |
| numer rachunku bankowego, na który<br>ma<br>zostać zwrócona Opłata ryczałtowa lub<br>pierwsza jej rata (o ile zostały<br>uiszczone): | __ - __ - __ - __ - __ - __ - __ - __ |
| Właściciel rachunku:                                                                                                                 | .....<br>(imię, nazwisko)             |
| dodatkowe informacje:                                                                                                                | .....<br>(jeśli potrzeba)             |

.....

**podpis**

(tylko jeżeli formularz jest przesyłany w wersji papierowej)

.....

**data**