

REGULAMIN zakupu i realizacji produktu

Diagnoza Autyzm, Zespół Aspergera - dzieci („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

- Niniejszy regulamin, zwany dalej „Regulaminem” określa zakres, zasady nabycia i realizacji usług określonych w Regulaminie.
- Podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach Produktu **Diagnoza Autyzm, Zespół Aspergera - dzieci** 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”).
- Nabywcą Produktu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być osoba poniżej 18 roku życia.

WARUNKI ZAKUPU I REALIZACJI

- 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.
- 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.
- 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 6 miesięcy 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 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 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 placówkach LUX MED:
HARMONIA przy ul. Narbutta 83 w Warszawie,
HARMONIA przy ul. Powstańców Śląskich 95 we Wrocławiu
w godzinach pracy tych placówek.
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 6 miesięcy** 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. Wchodząca w zakres Produktu (umowy) usługi mogą być odwołane przez Osobę Uprawnioną, bez żadnych konsekwencji, nie później niż 24 godziny przed umówioną godziną wizyty. W przypadku niestawienia się Osoby Uprawnionej na wizytę bez jej wcześniejszego odwołania w wyżej wskazanym terminie Osoba Uprawniona traci uprawnienie do tej wizyty, która jest traktowana, jak zrealizowana. W przypadku, gdy nieodwołanie wizyty lub niestawiennictwo wynika z siły wyższej LUX MED rozpatrzy takie sprawy w trybie indywidualnym w oparciu o wniosek Osoby Uprawnionej.
6. 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 **6 miesięcy** 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 usług wchodzących w zakres Produktu wraz z warunkami ich wykonania.

Niniejszy produkt stanowi podstawową diagnostykę w kierunku postawienia diagnozy Autyzmu lub Zespołu Aspergera. W przypadku wskazań medycznych do postawienia diagnozy niezbędne będzie wykonanie dodatkowych testów, odbycia dodatkowych konsultacji, które nie wchodzą w zakres niniejszego Produktu, a bez których postawienie diagnozy nie będzie możliwe. Specjaliści diagnozujący mogą poprosić także o przedstawienie dodatkowej dokumentacji pomocniczej (np.: opinii ze szkoły / przedszkola).

Pierwsze spotkanie: Konsultacja psychologa

Na wizytę zgłaszają się Rodzice / Opiekunowie bez dziecka w celu przedstawienia problemu, zapoznania się specjalisty z posiadaną dokumentacją medyczną oraz materiałami pomocniczymi (np. opiniami, nagraniami z niepokojącymi zachowaniami). Podczas wizyty określone są dalsze kroki postępowania oraz harmonogram kolejnych wizyt. Czas trwania 60 minut.

Drugie spotkanie: Konsultacja psychologa

Na wizytę zgłaszają się Rodzice / Opiekunowie wraz z dzieckiem. Podczas wizyty przeprowadzana jest obserwacja dziecka w obecności rodziców i specjalisty. Czas trwania 30 minut.

Trzecie spotkanie: Konsultacja psychologa

Na wizytę zgłaszają się Rodzice / Opiekunowie wraz z dzieckiem. Podczas wizyty przeprowadzana jest obserwacja dziecka w obecności rodziców i specjalisty. Czas trwania 30 minut.

Przygotowanie opinii psychologicznej w oparciu o zgromadzone informacje

Czwarte spotkanie: Konsultacja neurologopedyczna

Na wizytę zgłaszają się Rodzice / Opiekunowie wraz z dzieckiem. Czas trwania 60 minut.

Piąte spotkanie: Konsultacja psychiatry - dzieci

Na wizytę zgłaszają się Rodzice /Opiekunowie wraz z dzieckiem. Wizyta ma na celu omówienie przeprowadzonych konsultacji i otrzymanych opinii w celu wydania diagnozy, przekazanie zaleceń oraz instrukcji co do dalszych kroków. Czas trwania 60 minut.

Na każdym etapie procesu, w celu sporządzenia Diagnozy, z uwagi na indywidualne wskazania medyczne może pojawić się potrzeba odbycia dodatkowych konsultacji, spotkań obserwacyjnych, wykonania dodatkowych badań diagnostycznych lub testów specjalistycznych. Usługi te nie wchodzą w zakres Produktu i będą dodatkowo płatne zgodnie z cennikiem placówki wykonującej. Brak wykonania tych usług może uniemożliwić prawidłowe wykonanie Produktu.

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)

.....