

REGULAMIN zakupu i realizacji produktu

Psychoterapia indywidualna – 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 indywidualna – 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.

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.

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
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 następujących placówkach LUX MED HARMONIA w godzinach pracy tych placówek:
 - HARMONIA Warszawa ul. Narbutta 83 lok. U2
 - HARMONIA Warszawa ul. Kopernika 21/2
 - HARMONIA Warszawa Rondo ONZ 1
 - HARMONIA Wrocław ul. Powstańców Śląskich 95w godzinach pracy wybranej 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. Wchodząca w zakres Produktu (umowy) usługa - wizyta indywidualna może być odwołana 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 **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 **Psychoterapia indywidualna – 1 sesja**

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

PROFEMED - Psychoterapia indywidualna
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna – dzieci
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna – uzależnienia
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna – psychoonkologiczna
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna - DDA
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna - zaburzenia odżywiania
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna - depresja poporodowa
 PROFEMED - Psychoterapia indywidualna – senior

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