

REGULAMIN
zestaw badań Badanie funkcjonalne FMS

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

1. Sprzedawcą usług zakupionych w zestawie **Badanie funkcjonalne FMS** (zakres szczegółowo opisany w Załączniku nr 1) „Zestaw” 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”).
2. Nabywcą zestawu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia („Nabywca”). Osobą Uprawnioną może być Nabywca Zestawu lub osoba trzecia.
3. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach zestawu mogą być osoby powyżej 8 roku życia („Osoba Uprawniona”).

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA

4. 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.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia Uprawnionego do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu, wynosi ... (słownie: ...)
6. 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 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.
8. Prawo odstąpienia od umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy w przypadku wykonania przez LUX MED usług w ramach Zestawu na rzecz Osoby Uprawnionej.

WARUNKI REALIZACJI ZESTAWU

9. Zestaw Badanie funkcjonalne FMS dedykowane jest dla osób aktywnych ruchowo
10. Zestaw badań nie jest przeznaczony dla osób poniżej 8 roku życia.
11. Badanie polega na ocenie jakości ruchu przez dyplomowanego fizjoterapeutę na które składa się: ocena mobilności stawów, koordynacji nerwowo-mięśniowej, stabilności lokalnej i globalnej oraz jakości wykonania prawidłowych wzorców ruchowych. Badanie przeprowadzane jest zgodnie z przyjętym w Grupie LUX MED standardem badań FMS
12. Usługi w ramach Zestawu można zrealizować w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień, o którym mowa w ust. 6 powyżej.
13. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu odbywa się w wybranych placówkach Grupy LUXMED, których wykaz dostępny jest w Załączniku nr 2 do niniejszego Regulaminu.
14. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Zestawu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu z LUX MED. Termin udzielenia świadczenia uzgodnić należy z personelem odpowiedniej recepcji LUX MED osobiście lub telefonicznie pod numerem **22 33 22 844**

KONTAKT I REKLAMACJE

15. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.
16. 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

17. Nie ma możliwości dokonania cesji uprawnień przysługujących w ramach Zestawu na inną osobę.
18. Zakup Zestawu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Zestawu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiekolwiek usługi.
19. Integralną część Regulaminu stanowi Załączniki nr 1 i 2.

Załącznik nr 1

Wykaz usług wchodzących w Zestawu **Badanie funkcjonalne FMS** z limitem wykonania usługi – 1 (jeden)

Badanie funkcjonalne FMS

Załącznik nr 2

Wykaz placówek biorących udział w Zestawie Badanie funkcjonalne FMS

LUX MED Warszawa - Al. Jerozolimskie 65/79

LUX MED Warszawa - Al. Jana Pawła II 78

PROFEMED Kraków - Al. Pokoju 5

LUX MED. Kraków - Puskarska 7H

LUX MED Łódź - Milionowa 2G

LUX MED Poznań - Ułańska 7

Medycyna Rodzinna Wrocław - Swobodna 1

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/ 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

