

REGULAMIN

Pakietu Zdrowego Narciarza podstawowy

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

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA ZE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
Imię i Nazwisko: :	
PESEL: ...	Data ur.: ...
Adres zamieszkania: ...	
Telefon: ...	

zwany dalej „Osobą Uprawnioną”

Data aktywacji programu: ...

Cena Przeglądu: ...

Okres ważności Przeglądu do dnia: ...

INFORMACJE OGÓLNE

1. Sprzedawcą Pakietu Zdrowego Narciarza - podstawowy („Program”), (określonego szczegółowo w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu) 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 516.078.000,00 PLN („LUX MED”).
2. Program jest wykonywany w ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego „Sport Medica” S.A. Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej **Carolina Medical Center Szpital („Carolina Medical Center”)**- z siedzibą w Warszawie przy ul. Pory 78.
3. Nabywcą Programu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Programu lub osoba trzecia.
4. Osobami Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu mogą być osoby powyżej 10 roku życia. W przypadku pacjentów niepełnoletnich podczas badań i konsultacji wykonywanych w ramach Programu wymagana jest obecność rodzica lub innego przedstawiciela ustawowego.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

5. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Programu jest akceptacja przez Nabywcę Programu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Program w kwocie określonej w ust. 6 powyżej.
6. Całkowita opłata, którą Nabywca Programu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Programu Osoby Uprawnionej, wynosi:
320,00 zł (słownie trzysta dwadzieścia zł).
7. Uprawnienia do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED wpłaty pełnej kwoty określonej w ust. 6 powyżej.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z PROGRAMU

8. W ciągu 10 dni od dnia zawarcia Umowy Nabywca Programu może odstąpić od Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie niniejszego Regulaminu bez podania przyczyny, składając LUX MED oświadczenie poprzez przesyłanie go na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl.

9. Prawo odstąpienia od Umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy Programu w wypadku rozpoczęcia świadczenia usług w ramach Programu, za zgodą Nabywcy, przed upływem 10 dni od dnia zawarcia Umowy.

WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

10. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Programu odbywa się w dedykowanej do Programu placówce Carolina Medical Center przy ul. Pory 78 w godzinach pracy tej placówki.
11. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Programu Pakiet Zdrowego Narciarza jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania poprzez skontaktowanie się z Call Center Carolina Medical Center pod numerem 22 355 82 00.
12. Pakiet Zdrowego Narciarza składa się z 2 (dwóch) etapów:
 - a. Badań i analiz przeprowadzonych pod nadzorem fizjoterapeuty Centrum Diagnostyki Funkcjonalnej Carolina Medical Center (45 minut)
 - b. Omówienie uzyskanych wyników badań z trenerem przygotowania motorycznego oraz wydanie na ich podstawie praktycznych zaleceń 60 min (maksymalnie 5 dni roboczych po przeprowadzonych badaniach).
13. Świadczenia zdrowotne w ramach Programu należy zrealizować nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Programu.
14. W celu prawidłowego przygotowania się do wykonania usług wchodzących w skład Pakietu Zdrowego Narciarza należy zapoznać się z treścią Załącznika nr 2 do niniejszego Regulaminu.
15. W przypadku stwierdzenia przez fizjoterapeutę sportowego Centrum Diagnostyki Funkcjonalnej przeciwwskazań do wykonania świadczeń wchodzących w skład Pakietu Zdrowego Narciarza, LUX MED zwróci Nabywcy opłatę poniesioną za Program – w tym celu należy skontaktować się z Działem Sprzedaży Indywidualnej pod numerem 22 339 37 33.

OŚWIADCZENIE NABYWCY

16. Nabywca (w rozumieniu Regulaminu Pakietu Zdrowego Narciarza poinformował Osobę Uprawnioną (w rozumieniu ww regulaminu) do korzystania z usług w ramach Programu (w rozumieniu ww regulaminu) o:
 1. adresie siedziby i pełnej nazwie LUX MED Sp. z o.o. jako administratora danych tej Osoby przekazanych przez Nabywcę;
 2. celu i zakresie zbierania przez LUX MED Sp. z o.o. danych, o których mowa w pkt 1) powyżej;
 3. źródle danych, o których mowa w pkt 1) powyżej;
 4. prawie dostępu Osoby Uprawnionej do treści swoich danych przetwarzanych przez LUX MED Sp. z o.o. jako administratora danych oraz prawie do ich poprawiania;
 5. uprawnieniach wynikających z art. 32 ust. 1 pkt 7 i 8 Ustawy z dnia 2 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych („Ustawa”) tj.
 - a) wniesienia, w przypadkach wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 Ustawy, pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych ze względu na jej szczególną sytuację,
 - b) wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych w przypadkach, wymienionych w art. 23 ust. 1 pkt 4 i 5 Ustawy, gdy administrator danych zamierza je przetwarzać w celach marketingowych lub wobec przekazywania jej danych osobowych innemu administratorowi danych.
17. Nabywca oświadcza, iż posiada zgodę osoby wskazanej w Regulaminie Pakietu Zdrowego Narciarza jako Osoba Uprawniona do korzystania z usług w ramach Programu, na przekazanie następujących danych osobowych tej osoby: imienia i nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, numeru telefonu, adres e-mail, adres zamieszkania.

KONTAKT I REKLAMACJE

18. Reklamacje przyjmowane są wyłącznie w formie pisemnej.
19. Reklamacje dotyczące obsługi rozpatrywane są w ciągu 5 dni roboczych, reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpływu reklamacji na adres:

LUX MED Sp. z o.o.
Departament Obsługi Klienta
Dział Zarządzania Reklamacjami
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa
lub na adres poczty elektronicznej: obsługa.klienta@luxmed.pl

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

20. Nie ma możliwości dokonania cesji praw do Programu na inną osobę.
21. Zakup Programu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez LUX MED na jakiegokolwiek usługi.
22. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego regulaminu a Regulaminem Sklep, zastosowanie znajdą postanowienia niniejszego regulaminu.
23. Integralną część Regulaminu stanowi załącznik nr 1

Załącznik nr 1

Wykaz usług wchodzących w skład Programu Pakiet Zdrowego Narciarza

1. Wywiad medyczny przeprowadzony przez fizjoterapeutę
2. Badanie stabilograficzne (dynamiczne)
3. Pomiar momentów sił mięśni zginających i prostujących staw kolanowy
4. Konsultacja z fizjoterapeutą – omówienie wyników badań, praktyczne rozwiązania treningowe dostosowane do indywidualnych uwarunkowań pacjenta przełożenie wyników badań na praktyczne wskazówki, które pozwolą przygotować się do sezonu zimowego w domu lub na siłowni.

Na badania i konsultację z trenerem należy przyjść w stroju sportowym.

Imię i Nazwisko Pacjenta

.....

ANKIETA PRZED BADANIEM W CENTRUM DIAGNOSTYKI
FUNKCJONALNEJ (CDF)

Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi dotyczących stanu zdrowia Pacjenta:

- | | | |
|--|-------|-------|
| 1. Czy Pacjent odczuwa ból pourazowy/pooperacyjny | TAK - | NIE - |
| 2. Czy Pacjent zgłasza dolegliwości bólowe innych okolic ciała niż w punkcie 1 | TAK - | NIE - |
| 3. Zabieg operacyjny wykonany w terminie do 6 mies. | TAK - | NIE - |
| 4. Choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze | TAK - | NIE - |
| 5. Choroba nowotworowa | TAK - | NIE - |
| 6. Padaczka | TAK - | NIE - |
| 7. Cukrzyca | TAK - | NIE - |
| 8. Osteoporoza | TAK - | NIE - |
| 9. Astma oskrzelowa | TAK - | NIE - |
| 10. Przebyte operacje kardiologiczne | TAK - | NIE - |
| 11. Wszczepiony rozrusznik serca | TAK - | NIE - |
| 12. Cięża | TAK - | NIE - |
| 13. Prosimy o podanie innych dolegliwości, chorób, dysfunkcji narządu ruchu i innych | | |
-
-

Zaznaczenie odpowiedzi „tak” w powyższej ankiecie może być przeciwwskazaniem do wykonania testów funkcjonalnych w CDF.

W tym przypadku przed przystąpieniem do badań sugerujemy odbycie konsultacji u lekarza:

- internisty, lekarza rodzinnego - w zakresie problemów ogólnoustrojowych,
 - kardiologa – w przypadku problemów układu krążenia i serca,
 - ortopedy - w przypadku dolegliwości, przebytych zabiegów operacyjnych, urazów narządu ruchu.
-

Oświadczam, że:

- treść ankiety jest dla mnie zrozumiała, a udzielone przeze mnie odpowiedzi są zgodne ze stanem faktycznym,
 - wyrażam zgodę na wykonanie badań funkcjonalnych w CDF.
-
-

Data
(czytelny)

Podpis Pacjenta/przedstawiciela ustawowego

Pacjenta/przedstawiciela ustawowego (czytelny)