

## REGULAMIN

### Programu Szczepień Ochronnych ZDROWY START MEDIUM

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. Wykonawcą programu 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
2. Program skierowany jest do każdej osoby, chcącej zapewnić dziecku ochronę przed chorobami zakaźnymi w zakresie chorób objętych niniejszym Programem.
3. Nabywcą programu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia.
4. Osobami uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu mogą być dzieci, od 0 do 2 lat. Przystąpienie do programu może nastąpić najpóźniej w drugim miesiącu życia dziecka.
5. Program jest kontynuacją szczepień rozpoczętych w szpitalu. W przypadku braku zaszczepienia dziecka w szpitalu, brakujące dawki zostaną uzupełnione odpłatnie, poza zakresem Programu.

### WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

6. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Programu jest akceptacja przez Nabywcę Programu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie płatności za program.
7. Całkowita opłata, którą Nabywca Programu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Programu jednego dziecka, wynosi ... (słownie: ...)
8. Uprawnienia do świadczeń w ramach niniejszego produktu zostaną aktywowane w terminie 24 godzin po otrzymaniu przez LUX MED Sp. z o.o. wpłaty.
9. W momencie przystąpienia do Programu LUX MED Sp. z o.o. zapewni dostępność do wszystkich szczepionek objętych Programem, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, chyba że brak dostępności którejkolwiek ze szczepionek wynikał będzie z przyczyn

niezależnych od LUX MED sp. z o.o. (np. wycofanie szczepionki z rynku polskiego, wstrzymanie produkcji szczepionki, itp.)

10. W przypadku zaistnienia sytuacji braku szczepionki z przyczyn niezależnych od LUX MED sp. z o.o. spośród szczepionek wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu, pacjent zostanie zaszczepiony inną szczepionką, która zostanie wskazana i zalecona przez lekarza LUX MED podczas konsultacji.

### **ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z PROGRAMU**

11. W ciągu 14 dni od dnia zaakceptowania Regulaminu, Zleceniodawca może odstąpić od Umowy bez podania przyczyny, składając oświadczenie na piśmie i przesyłając je na adres: [cc\\_profemed@luxmed.pl](mailto:cc_profemed@luxmed.pl).

12. Prawo odstąpienia od umowy zawartej na odległość nie przysługuje konsumentowi w wypadku świadczenia usług rozpoczętych, za zgodą konsumenta, przed upływem 14 dni od dnia zawarcia umowy.

13. W przypadku rezygnacji z Programu lub niewykonania wszystkich szczepień objętych Programem nie ma możliwości zwrócenia Państwu jakichkolwiek kosztów niewykorzystanych świadczeń, z wyłączeniem ważnych przyczyn, takich jak: zgon dziecka lub wydanie przez lekarza LUX MED orzeczenia lekarskiego o braku możliwości kontynuowania szczepień w ramach Programu w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku rezygnacji z Programu z ww. ważnych przyczyn w celu wyliczenia zwrotu kosztów należy skontaktować się z Działem Sprzedaży Indywidualnej pod numerem telefonu 22 33 22 844.

### **WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU**

14. Obsługa w ramach Programu odbywa się w ogólnodostępnych placówkach własnych LUX MED i Medycyny Rodzinnej świadczących usługi szczepień dla dzieci, na terenie miast wymienionych w załączniku nr 2.

15. Program realizowany jest przez okres począwszy od dnia nadania uprawnień do osiągnięcia przez dziecko 2 lat. Program rozpoczyna się Konsultacją pediatry w gabinecie dzieci zdrowych podczas której dokonywany jest dobór preparatów i ustalany jest indywidualny harmonogram szczepień dziecka, wypełniany jest formularz „Harmonogram Indywidualnego Kalendarza Szczepień”, który stanowi załącznik numer 3 do niniejszego Regulaminu. W celu zapewnienia sprawnej obsługi Programu zaleca się posiadanie wypełnionego formularza na kolejnych konsultacjach szczepiennych. Wizyty związane ze szczepieniami standardowo powinny odbyć się w 2, 4, 6, 13 i 16 miesiącu życia dziecka. Ostateczny termin zakończenia programu upływa po 2 latach od dnia zakupu Programu.

16. Warunkiem udzielenia świadczenia w ramach Programu jest uprzednie uzgodnienie jego terminu. Termin udzielenia świadczenia w Centrach Medycznych uzgodnić należy z Asystentem Programu – **Dorotą Siedlecką - pod numerem 723150590**. Asystent Programu przez okres 24 miesięcy będzie koordynował i zapewniał korzystanie z Programu.

17. W celu realizacji usługi, pacjent powinien przybyć do Centrum Medycznego wraz z przedstawicielem ustawowym lub osobą upoważnioną pisemnie przez przedstawiciela ustawowego. Przedstawiciel ustawowy lub osoba przez niego upoważniona musi wylegitymować się dokumentem tożsamości.

### **KONTAKT I REKLAMACJE**

18. Reklamacje przyjmowane są w formie pisemnej.

19. 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](mailto:opinie@luxmed.pl)

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

20. Nie ma możliwości cesji na inną osobę niewykorzystanych dawek/szczepionek.
21. Zakup Programu oraz korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu nie łączy się żadnymi innymi promocjami ani rabatami na jakiegokolwiek usługi .
22. Integralną część Regulaminu stanowią Załączniki nr 1,2 i 3.

## ZAŁĄCZNIK NR 1

### Wykaz usług medycznych wchodzących w skład Programu:

- (1) jedną konsultację lekarską z indywidualnym doborem kalendarza szczepień – preparatów i orientacyjnych terminów szczepień,
- koordynację szczepień polegającą na pomocy w umawianiu terminów wizyt - zapewnioną przez Asystenta Programu ,
- wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji.
- szczepionkę (preparat) spośród następujących:

*Uwagi: Program nie zawiera w zakresie obowiązkowych konsultacji lekarskich, które muszą się odbyć przed każdym szczepieniem (kwalifikacja do szczepienia). Każda konsultacja lekarska przed szczepieniem musi się odbyć każdorazowo wyłącznie w wybranej placówce Grupy LUX MED; zewnętrzne kwalifikacje do szczepienia wystawione przez inne podmioty nie będą honorowane.*

#### **Szczepienia kalendarzowe przeciw błonicy, tężcowi, krztuścowi, hemophilus influenza typu B (HiB), polio, odrze, śwince, różyczce, WZW B, pneumokokom oraz rotawirusom**

Szczepienia obowiązkowe dzieci wykonywane są preparatami rekomendowanymi przez środowisko lekarskie – dobór preparatu zgodnie z indywidualnymi zaleceniami lekarskimi (INFARIX HEXA, HEXACIMA, INFANRIX IPV + HIB, Pentaxim, Hiberix, Imovax Polio, Engerix B, HBVAXPRO, EUVAX, HEPAVAX GENE, SYNFLORIX, PREVENAR 13, PRIORIX, ROTARIX, ROTA TEQ).

#### **Szczepienia zalecane przeciw ospie wietrznej**

Szczepienia zalecane wykonywane są preparatami rekomendowanymi przez środowisko lekarskie – dobór preparatu zgodnie z indywidualnymi zaleceniami lekarskimi (VARILRIX)

#### **Preparaty oraz ich dawki (ilości) dostępne w ramach Programu\***

<b>nazwa preparatu</b>	<b>liczba dawek</b>	<b>przeciw</b>	<b>producent</b>
Infanrix Hexa	4	błonica, tężec, krztusiec, HiB, polio, WZW B	Glaxo Smith Kline
HEXACIMA	4	błonica, tężec, krztusiec, HiB, polio, WZW B	Sanofi Pasteur
Infanrix IPV + HIB	4	błonica, tężec, krztusiec, HiB, polio	Glaxo Smith Kline
Pentaxim	4	błonica, tężec, krztusiec, HiB, polio	Aventis Pasteur
Engerix B Junior	2	WZW B	Glaxo Smith Kline
HBVAXPRO	2	WZW B	Sanofi Pasteur
EUVAX	2	WZW B	LG Life Sciences
HEPAVAX GENE	2	WZW B	Berna Biotech Italia
Hiberix	4	HiB	Glaxo Smith Kline

Imovax Polio	3	polio	Sanofi Pasteur
Priorix	1	odra, świnka, różyczka	Glaxo Smith Kline
Synflorix	4	pneumokoki	Glaxo Smith Kline
Prevenar13	4	pneumokoki	Pfizer
Rotarix	2	rotawirusy	Glaxo Smith Kline
RotaTeq	3	rotawirusy	MSD
Varilrix	2	ospa wietrzna	Glaxo Smith Kline

\*o doborze preparatu decyduje lekarz. Prezentowana w powyższej tabeli liczba dawek poszczególnych szczepień przedstawia maksymalną ilość dawek danego preparatu szczepionkowego możliwą do otrzymania w ramach Programu. Liczba dawek uzależniona od momentu rozpoczęcia szczepienia i zastosowanego preparatu. Decyzje o ostatecznej ilości podanego preparatu w ramach Programu będzie podejmować każdorazowo lekarz uwzględniając indywidualny stan zdrowia pacjenta i wytyczne aktualnego Programu Szczepień Ochronnych ogłaszanego przez Głównego Inspektora Sanitarnego na podstawie art. 17 ust. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (tj. Dz. U. z 2018 r. poz. 151). Podanie, we wskazanych powyżej przypadkach, mniejszej ilości dawek danego preparatu szczepionkowego niż jest to wskazane w powyższej tabeli nie stanowi nienależytego wykonania świadczenia.

Program Szczepień Ochronnych **Zdrowy Start Medium** nie obejmuje obowiązkowej kwalifikacji lekarskiej przed szczepieniem. Jeżeli w trakcie trwania programu abonament, zapewniający kwalifikację lekarską przed szczepieniem wygaśnie, kwalifikacja będzie pełnopłatna.

## **ZAŁĄCZNIK NR 2**

**Wykaz miast, w których można zrealizować usługi objęte Programem:**

- Bydgoszcz
- Gorzów Wielkopolski
- Gdańsk
- Gdynia
- Gliwice
- Katowice
- Kraków
- Łódź
- Olsztyn
- Opole
- Poznań
- Pruszcz Gdański
- Rzeszów
- Szczecin
- Stara Iwiczna
- Toruń
- Tychy
- Warszawa
- Wrocław

### ZAŁĄCZNIK NR 3

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia/  
numer PESEL

Rodzaj wykupionego Programu Program Szczepień Ochronnych Zdrowy Start MEDIUM

Uprawnienia do szczepień w ramach wykupionego Programu ochrona rozszerzona

#### HARMONOGRAM IDYWIDUALNEGO KALENDARZA SZCZEPIEŃ

	Preparat	Liczba dawek	TERMINY SZCZEPIEŃ				
			1	2	3	4	5
Błonica							
Tężec							
Krztusiec							
Polio							
HiB							
WZW B							
Świnka, odra różyczka							
Pneumokoki							
Rotawirusy							
Ospa wietrzna							

Uwagi:

.....  
miejsowość, data wypełnienia

.....  
podpis lekarza