

Status dokumentu: o ograniczonym dostępie

U M O W A N R ...

LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa, wpisaną 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 zwaną dalej „**ZLECENIOBIORCĄ**”.

A

Panią/Panem ____ zamieszkałą/łym w ____ (...), przy ul. ____ / ____, legitymującą/cym się dokumentem ... seria ____ numer ____, data urodzenia: ____, PESEL ____, e-mail: ____. Telefon: ____ zwanym dalej „**Zleceniodawcą**”, która/y wskazuje następującą osobę uprawnioną, zwaną dalej „**Pacjentem**”, do korzystania ze świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy:

- 1) Imię i nazwisko: ____
Miejsce zamieszkania: ____

Data urodzenia: ____

Pesel: ____

Telefon: ____

§ 1

1. Przedmiotem Umowy jest Zlecenie Zleceniobiorcy przez Zleceniodawcę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie i na zasadach określonych w Umowie i załącznikach (dalej „Opieka medyczna”) na rzecz Pacjenta w zamian za wynagrodzenie płatne przez Zleceniodawcę.
2. Szczegółowy zakres świadczeń, zasady i warunki wykonywania Umowy regulują zapisy:
 - 1) Zakres udzielania stomatologicznych świadczeń zdrowotnych dla Planu Opieki Stomatologicznej PROFEMED stanowiącego załącznik nr 1 do Umowy,
 - 2) Ogólne Warunki Świadczenia Usług Stomatologicznych w placówkach PROFEMED STOMATOLOGIA w ramach Planu Opieki Stomatologicznej PROFEMED stanowiące załącznik nr 2 do Umowy, które Zleceniodawca otrzymał przed zawarciem Umowy i z którymi się zapoznał.
3. Zleceniodawca zobowiązuje się niniejszym także do doręczenia dokumentów określonych w ust. 2 pkt 1 i 2 powyżej Pacjentowi.

§ 2

1. Strony uzgadniają, że roczna opłata ryczałtowa (wynagrodzenie) należne Zleceniobiorcy z tytułu Umowy, za wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Umowy, wynosi:
2. Zleceniodawca zobowiązuje się do dokonania zapłaty opłaty ryczałtowej, o której mowa w ust. 1 powyżej do daty uruchomienia Opieki medycznej zgodnie z par 5 ust 1.
3. Płatności, o której mowa w ust. 2 powyżej Zleceniodawca powinien dokonać za pośrednictwem , systemu płatności internetowych PayU S.A. (udostępnianego przez PayU Spółkę Akcyjną zarejestrowaną jest przez Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy KRS pod nr 0000274399, NIP 779-23-08-495 i kapitał zakładowy w wysokości 4 000 000,00 PLN - w całości opłacony) – płatność online przelewem albo kartą kredytową/debetową.

§ 3

Opieka medyczna w ramach niniejszej Umowy zostanie uruchomiona po dokonaniu przez Zleceniodawcę wpłaty zgodnie z § 2 .

§ 4

1. W ciągu 10 dni od dnia zawarcia Umowy, Zleceniodawca może odstąpić od Umowy bez podania przyczyny, składając oświadczenie na piśmie i przesyłając je na adres: LUX MED Sp. z o.o.
Dział Sprzedaży Indywidualnej
Ul. Postępu 21c
02-676 Warszawa

Oświadczenie może zostać złożone także za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres:
sprzedaz_ind@luxmed.pl.

2. Prawo odstąpienia od Umowy zawartej na odległość nie przysługuje Zleceniodawcy w przypadku rozpoczęcia za zgodą Zleceniodawcy lub Pacjenta wykonywania Świadczeń Zdrowotnych na rzecz Pacjenta, przed upływem 10 dni od dnia zawarcia Umowy.

§ 5

1. Umowa wchodzi w życie z dniem i zostaje zawarta na czas określony 1 roku, przy czym Opieka medyczna rozpoczyna się pod warunkiem spełnienia wymagań zawartych w § 3 w zw. z § 2.
2. Niniejsza Umowa po upływie 1 roku od daty jej zawarcia określonej w ust. 1 powyżej zostaje przedłużona automatycznie na czas nieokreślony chyba że na co najmniej na 30 dni przed datą upływu 1 roku od dnia wejścia w życie Umowy, nastąpi jej wypowiedzenie przez jedną ze stron.
3. W przypadku przedłużenia Umowy na czas nieokreślony, każda ze stron może ją wypowiedzieć bez wskazania przyczyn, z zachowaniem terminu miesięcznego.

§ 6

1. Zleceniodawca może złożyć reklamację wyłącznie w formie pisemnej 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

Reklamacje dotyczące obsługi rozpatrywane są w ciągu 5 dni roboczych, reklamacje dotyczące kwestii medycznych rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpływu wszystkich danych niezbędnych do rozpatrzenia reklamacji.

§ 7

1. Wszelkie zmiany Umowy wymagają formy pisemnej po rygorem nieważności.
2. Umowę sporządzono w dwóch egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
3. Rozstrzyganie ewentualnych sporów powstałych pomiędzy Zleceniobiorcą, a Zleceniodawcą, który jest konsumentem lub Pacjentem zostaje poddane sądom właściwym zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów Kodeksu postępowania cywilnego.
4. Rozstrzyganie ewentualnych sporów powstałych pomiędzy Zleceniobiorcą, a Zleceniodawcą, który nie jest konsumentem zostaje poddane sądowi właściwemu ze względu na siedzibę Zleceniobiorcy.

Załącznik nr 1 do Umowy

Zakres świadczeń stomatologicznych w ramach Planu Opieki PROFEMED Stomatologia Junior

PROFILAKTYKA STOMATOLOGICZNA
1. Konsultacja specjalistyczna profilaktyka stomatologiczna (plan leczenia) 2. Przegląd stomatologiczny 3. Usunięcie złogów nazębnych – czyszczenie 4. Fluoryzacja kontaktowa
STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA
5. Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza 6. Plan leczenia
CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA
7. Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego 8. Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
STOMATOLOGIA DZIECIĘCA
9. Konsultacja specjalistyczna stomatologia dziecięca 10. Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego 11. Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego 12. Fluoryzacja kontaktowa
ORTODONCJA
13. Konsultacja specjalistyczna ortodoncja 14. Plan leczenia 15. Modele diagnostyczne 16. Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego 17. Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
DIAGNOSTYKA RADIOLOGICZNA
18. RTG punktowe (ze skierowaniem) 19. Pantomogram (ze skierowaniem)
RABATY NA POZOSTAŁE USŁUGI*
20 % na Profilaktykę stomatologiczną 20 % na Stomatologię zachowawczą , Pedodoncję , Endodoncję 20% na Znieczulenia 15% na Chirurgię stomatologiczną 40% na Periodontologię 30 % na Protetykę , Ortodoncję , Implantologię <i>*rabaty nie sumują się z żadnymi innymi rabatami i uprawnieniami</i>