

REGULAMIN
Programu 10 zabiegów z zakresu fizykoterapii

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 Programu **10 zabiegów z zakresu fizykoterapii** („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 542.728.500,00 PLN („LUX MED”).
2. Nabywcą Programu może zostać osoba, która ukończyła 18 rok życia. Osobą Uprawnioną może być Nabywca Programu lub osoba trzecia.
3. Osobami Uprawnionymi do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach Programu mogą być osoby powyżej 6 roku życia.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

4. Warunkiem przystąpienia i uruchomienia Programu jest akceptacja przez Nabywcę Programu niniejszego Regulaminu oraz dokonanie pełnej płatności za Program w kwocie określonej w ust. 5 powyżej.
5. Całkowita opłata, którą Nabywca Programu zobowiązuje się uiścić w celu zgłoszenia do Programu Osoby Uprawnionej, wynosi:
180,00 zł (słownie sto osiemdziesiąt zł).
6. 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. 5 powyżej.

ODSTĄPIENIE I REZYGNACJA Z PROGRAMU

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 2 do niniejszego Regulaminu i przesyłając je na adres: sprzedaz_ind@luxmed.pl.
8. Prawo odstąpienia od Umowy zawartej na odległość nie przysługuje Nabywcy Programu w wypadku rozpoczęcia świadczenia usług w ramach Programu, za zgodą Nabywcy, przed upływem 14 dni od dnia zawarcia Umowy.



WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU

9. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Programu odbywa się w dedykowanych do Programu placówkach:

Warszawa Centrum Medyczne PROFEMED ul. Bobrowiecka 1
Warszawa Centrum Medyczne LUX MED ul. Domaniewska 41 B
Warszawa Centrum Medyczne LUX MED ul. Wołoska 7
Warszawa Centrum Medyczne LUX MED ul. Postępu 21 c
Kraków Centrum Medyczne PROFEMED Al. Pokoju 5
Kraków Centrum Medyczne LUX MED Puskarska 7H
Poznań Centrum Medyczne PROFEMED ul. Ułańska 7
Poznań Centrum Medyczne LUX MED ul. Roosevelta 18
Wrocław Centrum Medyczne Medycyna Rodzinna ul. Swobodna 1
Gdańsk Centrum Medyczne Medycyna Rodzinna ul. Pomorska 96
Łódź Centrum Medyczne ul. Milionowa 2 G

w godzinach pracy tych placówek.

10. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego (po zakupie Programu) w ramach Programu jest uprzednie uzgodnienie terminu jego wykonania poprzez skontaktowanie się z Centrum Umawiania Rehabilitacji pod numerem **22 434 48 48**.
11. Świadczenia zdrowotne w ramach Programu należy zrealizować nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia aktywowania uprawnień Osoby Uprawnionej do Programu.
12. Program obejmuje wykonanie 10 zabiegów z zakresu fizykoterapii spośród oferty zabiegów szczegółowo wymienionych w Załączniku nr 1 do niniejszego Regulaminu.
13. W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań medycznych do wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu Nabywcy Programu Przysługuje zwrot kosztów poniesionych za Program pomniejszonych o wartość wykonanych świadczeń liczoną zgodnie z cennikiem placówki w której zostały wykonane na dzień wykonania usługi. W tym celu należy skontaktować się z numerem 22 339 37 33.
14. W przypadku konieczności wykonania świadczeń zdrowotnych wykraczających poza zakres Programu lub liczbę zabiegów większą niż zawarta w Programie, świadczenia te zostaną wykonane zgodnie z cennikiem obowiązującym w placówce.

OŚWIADCZENIE NABYWCY

15. Nabywca (w rozumieniu Regulaminu Programu 10 zabiegów z zakresu fizykoterapii) 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.
16. Nabywca oświadcza, iż posiada zgodę osoby wskazanej w Regulaminie Programu 10 zabiegów z zakresu fizykoterapii 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

17. Reklamacje przyjmowane są wyłącznie w formie pisemnej.
18. 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

19. Nie ma możliwości dokonania cesji praw do Programu na inną osobę.
20. 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 .
21. W przypadkach rozbieżności pomiędzy postanowieniami niniejszego regulaminu a Regulaminem Sklep, zastosowanie znajdą postanowienia niniejszego regulaminu.
22. Integralną część Regulaminu stanowi Załącznik nr 1 i 2.



Wykaz usług wchodzących w skład Programu **10 zabiegów z zakresu fizyoterapii**

10 zabiegów spośród niżej wymienionych

- PROFEMED-ELEKTROSTYMULACJA-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED-ELEKTROSTYMULACJA-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-ELEKTROSTYMULACJA-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-ELEKTROSTYMULACJA-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-ELEKTROSTYMULACJA-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-ELEKTROSTYMULACJA MIĘŚNI - KRTAŃ
- PROFEMED-PRĄDY DD-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- PRĄDY DD-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-PRĄDY DD-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-PRĄDY DD-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-PRĄDY DD-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-PRĄDY INTERFERENCYJNE-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- PRĄDY INTERFERENCYJNE-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-PRĄDY INTERFERENCYJNE-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-PRĄDY INTERFERENCYJNE-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-PRĄDY INTERFERENCYJNE-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-PRĄDY TENS-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- PRĄDY TENS-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-PRĄDY TENS-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-PRĄDY TENS-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-PRĄDY TENS-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-JONOFORZA-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- JONOFORZA-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-JONOFORZA-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-JONOFORZA-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-JONOFORZA-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED- JONOFORZA-KRTAŃ
- PROFEMED-GALWANIZACJA-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- GALWANIZACJA-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-GALWANIZACJA-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-GALWANIZACJA-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-GALWANIZACJA-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-ULTRADZWIĘKI-OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- ULTRADZWIĘKI-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-ULTRADZWIĘKI-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-ULTRADZWIĘKI-KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-ULTRADZWIĘKI-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-FONOFORZA- OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- FONOFORZA-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-FONOFORZA-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-FONOFORZA- KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-FONOFORZA-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-LASER- OBRĘCZ BARKOWA
- PROFEMED- LASER-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-LASER-OBRĘCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-LASER- KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-LASER-KRĘGOSŁUP



- PROFEMED-POLE MAGNETYCZNE- OBREŃCZ BARKOWA
- PROFEMED- POLE MAGNETYCZNE-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-POLE MAGNETYCZNE-OBREŃCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-POLE MAGNETYCZNE- KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-POLE MAGNETYCZNE-KRĘGOSŁUP
- PROFEMED-KRIOTERAPIA- OBREŃCZ BARKOWA
- PROFEMED- KRIOTERAPIA-KOŃCZYNA GÓRNA
- PROFEMED-KRIOTERAPIA-OBREŃCZ MIEDNICZNA
- PROFEMED-KRIOTERAPIA- KOŃCZYNA DOLNA
- PROFEMED-KRIOTERAPIA-KRĘGOSŁUP



(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



