REGULAMIN KORZYSTANIA Z PAKIETÓW I USŁUG TERAPEUTYCZNYCH

Przychodnia Hipokrates w Węgrowie (Hipokrates Węgrów Sp. z o.o.

Obowiązuje dla świadczeń komercyjnych w obszarach: Fizjoterapia, Terapia Integracji Sensorycznej (SI), Logopedia, Terapia Niemowląt oraz Fizjoterapia Uroginekologiczna.

§ 1. Postanowienia ogólne i zasady rezerwacji terminów

1. Świadczenia terapeutyczne w Przychodni Hipokrates realizowane są w formie:
    - **Wizyty pojedynczej (1 wizyta)**,
    - **Pakietu 4 wizyt**,
    - **Pakietu 8 wizyt**.
2. Zakup pakietu ma charakter imienny i jest przypisany do konkretnego Pacjenta (bądź dziecka pod opieką rodzica/opiekuna prawnego).
3. Podczas zakupu pakietu (4 lub 8 wizyt) należy zaplanować i wpisać do grafiku Rejestracji wszystkich wizyt wchodzących w skład danego pakietu w momencie jego zakupu, zgodnie z ustaloną częstotliwością.
4. Rezerwacja stałego terminu: Wykupienie pakietu umożliwia rezerwację ustalonych terminów w grafiku terapeuty na cały zaplanowany cykl.
5. Gwarancja kontynuacji: Utrzymanie stałego terminu w grafiku na kolejny cykl terapeutyczny wymaga wykupienia następnego pakietu najpóźniej podczas ostatniej wizyty z bieżącego harmonogramu. W przypadku braku zakupu pakietu w tym terminie, slot zostaje automatycznie zwolniony i udostępniony Pacjentom z listy oczekujących.

§ 2. Cennik i rabaty pakietowe

Rodzaj świadczenia	Wartość pakietu	Rabat	Ważność i realizacja
Wizyta pojedyncza	**100% ceny bazowej (X)**	brak	Realizacja w wyznaczonym terminie
Pakiet 4 wizyt	**(4 × X) minus 5%**	**5%**	Zgodnie z harmonogramem + max 14 dni na odrobienia
Pakiet 8 wizyt	**(8 × X) minus 10%**	**10%**	Zgodnie z harmonogramem + max 14 dni na odrobienia

Gdzie **X** oznacza standardową cenę jednostkową określonej usługi terapeutycznej wg aktualnego cennika placówki.

§ 3. Warunki płatności

1. Płatność za pakiet uiszczana jest **w całości z góry** w Rejestracji placówki (kartą, gotówką, Blikiem lub przelewem) w dniu zapisu bądź przed rozpoczęciem pierwszej wizyty z cyklu.
2. Dowodem zakupu jest paragon fiskalny lub faktura VAT wystawiona na życzenie Pacjenta.
3. Niewykorzystane wizyty z pakietów nie podlegają zwrotowi finansowemu ani odliczeniom na poczet kolejnych okresów rozliczeniowych.

§ 4. Odwoływanie wizyt i zasady odrabiania zajęć

1. Pacjent ma prawo do bezpłatnego przełożenia zaplanowanej wizyty pod warunkiem zgłoszenia tego faktu do Rejestracji najpóźniej w dniu roboczym poprzedzającym wizytę do godziny 18:00.
2. Zgłoszenia przyjmowane są osobiście w placówce lub telefonicznie pod numerami: 25 792 51 76 | 606 873 734
3. Odwołanie wizyty po godzinie 18:00 dnia poprzedzającego lub niepojawienie się na wizycie bez uprzedzenia skutkuje uznaniem wizyty za zrealizowaną (wizyta bezpowrotnie przepada i zostaje odliczona z pakietu).
4. Termin na odrobienie zajęć: Wszelkie odwołane terminowo (do godz. 18:00) wizyty mogą zostać odrobione w terminie maksymalnie do 14 dni kalendarzowych liczonych od daty ostatniej zaplanowanej wizyty w pierwotnym harmonogramie pakietu.
5. Po upływie 14 dni od wyznaczonej daty zakończenia pierwotnego harmonogramu, niewykorzystane i nieodrobione wizyty definitywnie przepadają.
6. W przypadku braku dogodnych terminów u terapeuty prowadzącego w wyznaczonym 14-dniowym oknie, odrabiana wizyta może zostać zrealizowana u innego specjalisty o tym samym profilu w Przychodni Hipokrates.

§ 5. Procedura przekładania wizyt

1. Wyznaczony termin realizacji harmonogramu wraz z 14-dniowym okresem na odrobienia jest terminem ostatecznym.
2. Wyłącznie w wyjątkowych i udokumentowanych przypadkach losowych:
    - nagłej, ciężkiej i długotrwałej choroby Pacjenta (potwierdzonej zaświadczeniem lekarskim/wypisem ze szpitala),
    - udokumentowanego działania siły wyższej,
    - odwołania wizyt z przyczyn leżących wyłącznie po stronie Przychodni (np. nagła nieobecność terapeuty),
    - dopuszcza się możliwość indywidualnego ustalenia dodatkowego terminu.
3. Decyzję o ewentualnym przedłużeniu terminu podejmuje wyłącznie Dyrekcja Placówki. Personel rejestracji nie posiada uprawnień do podejmowania decyzji o wydłużaniu ważności pakietów.

Oświadczenie Pacjenta / Opiekuna prawnego

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią powyższego Regulaminu, oraz w pełni akceptuję jego treść.

…… ……

(Miejscowość, data) (Podpis Pacjenta lub Opiekuna Prawnego)