



pl. Solidarności 1/3/5  
53-661 Wrocław  
tel. 71-715-80-88  
www.endomed.com.pl

# regulamin rezerwacji terminów

1. Niniejsze zapisy Dokonywania Rezerwacji określają podstawowe zasady dokonywania rezerwacji terminów badań przez Pacjenta.
2. Ilekroć, w niniejszych Zasadach Dokonywania Rezerwacji, pojęciom nie nadano odmiennego znaczenia, mają znaczenia poniższe:  
**Cennik** – cennik usług oferowanych przez Świadczeniodawcę.  
**Zasady Dokonywania Rezerwacji** – niniejszy dokument, stanowiący wzorzec umowy, w rozumieniu art. 384 Kodeksu cywilnego, określający zasady dokonywania rezerwacji terminu wizyty u Świadczeniodawcy.  
**Pacjent** – osoba dokonująca rezerwacji terminu, korzystająca z usług oferowanych przez Świadczeniodawcę.  
**Placówka** – konkretna placówka (lokalizacja) Świadczeniodawcy.  
**Serwis internetowy** - ([www.endomed.com.pl](http://www.endomed.com.pl))/telefoniczny/osobiste zgłoszenie w placówce, rejestracja – usługi, dzięki której możliwa jest rezerwacja terminu badania przez Pacjenta.  
**Świadczeniodawca** – podmiot świadczący usługi medyczne, oferujący Pacjentom możliwość rezerwacji terminu wizyty.
3. W ramach niniejszej Serwisu możliwe jest dokonanie rezerwacji terminu wizyty u danego lekarza lub dla danej usługi u Świadczeniodawcy (zamówienie usługi medycznej) w szczególności w celu zapewnienia Pacjentowi dostępności odpowiednich zasobów Świadczeniodawcy, w tym lekarzy oraz pielęgniarek, w zarezerwowanym przez niego terminie.
4. Lokalizacja Placówki, w której odbędzie się zarezerwowana przez Pacjenta wizyta to:  
**pl. Solidarności 1/3/5, 53-661 Wrocław.**  
To z tym podmiotem Pacjent zawiera umowę na świadczenie usług w postaci zarezerwowanej wizyty.
5. Warunkiem skutecznej rezerwacji terminu wizyty może być konieczność uiszczenia przez Pacjenta zaliczki w kwocie uzależnionej od rodzaju ceny usługi medycznej, bądź przedpłaty pełnej ceny zarezerwowanej wizyty na numer konta bankowego **19 2490 0005 0000 4530 3724 3472** oraz przesłanie potwierdzenia dokonanego przelewu na adres **rezerwacje@cmendomed.pl**, zgodnie z Cennikiem udostępnionym przez Świadczeniodawcę, niezwłocznie po dokonaniu rezerwacji terminu.
6. Cennik o którym mowa powyżej jest udostępniony przez Świadczeniodawcę w serwisie internetowym i w rejestracji placówki. Kwoty zaliczki w przypadku procedur wykonywanych jednocześnie ulegają zsumowaniu.
7. Jeżeli w ciągu **7 dni do daty przeprowadzenia procedury medycznej**, płatność nie zostanie dokonana i potwierdzona, nastąpi automatyczne anulowanie dokonanej przez Pacjenta rezerwacji terminu wizyty. Umowa pomiędzy Świadczeniodawcą i Pacjentem zostaje zawarta z chwilą potwierdzenia dokonanej płatności. W sytuacji rezerwacji przez Pacjenta usługi medycznej dla której termin świadczenia usługi medycznej jest krótszy niż 7 dni, warunkiem realizacji tej procedury jest natychmiastowa wpłata zaliczki bądź przedpłaty.
8. Cennik usług Świadczeniodawcy wraz z numerem konta udostępniony jest na stronie internetowej/oraz w punkcie rejestracji Placówki. Cena za wizytę dotyczy wyłącznie usługi podstawowej (wskazanej w procesie rezerwacji) i nie obejmuje w szczególności wynagrodzenia za wykonanie usług dodatkowych, w tym wynagrodzenia z tytułu przeprowadzenia dodatkowych badań.

9. Pacjent może odwołać zarezerwowany termin wizyty bez podania przyczyny, **nie później niż na 7 dni przed tym terminem**. W takim przypadku Pacjentowi zwracana jest kwota wpłaconej zaliczki lub przedpłaty.

10. Odwołanie wizyty w terminie późniejszym niż wskazany w pkt 9 powyżej lub niepojawienie się Pacjenta u Świadczeniodawcy w zarezerwowanym i nieodwołanym przez niego terminie wizyty, uprawnia Świadczeniodawcę do **zatrzymania kwoty wpłaconej zaliczki**. W przypadku dokonania przedpłaty całej ceny Świadczeniodawca zwraca Pacjentowi wartość wpłaconej kwoty lub przedpłaty pomniejszoną o wartość zaliczki zgodnej z Cennikiem, chyba że Pacjent udowodni, że niemożliwość pojawienia się u Świadczeniodawcy wynikała z siły wyższej w rozumieniu przyjętym w orzecznictwie sądowym. W takim przypadku Pacjentowi otrzymuje zwrot zgodnie z pkt 9. Potrącana kwota zaliczki stanowi reko mpensatę związaną z koniecznością poniesienia przez Świadczeniodawcę kosztów obsługi procesu rezerwacji i zapewnienia gotowości do świadczenia usług przez zespół medyczny oraz udostępniania w tym celu pomieszczeń, sprzętu medycznego i innej infrastruktury.

11. Świadczeniodawca może odwołać wizytę bez podania przyczyny nie później niż na 7 dni przed zarezerwowanym przez Pacjenta terminem wizyty. Odwołanie wizyty w terminie późniejszym może nastąpić wyłącznie z ważnych powodów (np. choroba lekarza lub innego niezbędnego członka zespołu medycznego, awaria sprzętu medycznego) lub zaistnienia przesłanek siły wyższej. W przypadku odwołania wizyty przez Świadczeniodawcę, Świadczeniodawca zwraca Pacjentowi całą kwotę wpłaconej zaliczki lub proponuje kolejny termin usługi.

12. Zwroty zaliczek, wpłaconych przez Pacjenta, dokonywane będą w formie uznania na konto, z którego wpłynęła należność, za pośrednictwem dostawcy usług płatniczych lub wypłacane w postaci gotówki.

13. Świadczeniodawca informuje, iż do usług zdrowotnych świadczonych przez pracowników służby zdrowia pacjentom, w celu oceny, utrzymania lub poprawy ich stanu zdrowia, łącznie z przepisywaniem, wydawaniem i udostępnianiem produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych, bez względu na to, czy są one oferowane za pośrednictwem placówek opieki zdrowotnej, nie stosuje się Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, zgodnie z jej art.3 ust.1 pkt.1.

14. Świadczeniodawca, po potwierdzeniu otrzymania zaliczki lub przedpłaty całej kwoty wynagrodzenia z tytułu zarezerwowanej wizyty, wystawi stosowny paragon lub fakturę, także w formie elektronicznej, w szczególności na każde żądanie Pacjenta zgłoszone w terminie 3 miesięcy od daty wpłacenia zaliczki. Ponadto w dniu wizyty zostanie wystawiony paragon lub faktura końcowa, jeżeli zaliczka nie obejmowała pełnej ceny za wizytę. Dokumenty, o których mowa powyżej będą dostępne do odbioru przez Pacjenta w lokalizacji Świadczeniodawcy.

akceptuję warunki  
**regulaminu**

data.....

imię i nazwisko.....