

REGULAMIN UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH
przez SONOMED Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie,
wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę
Zachodniopomorskiego pod numerem 000000163361,
NIP: 8513172377, REGON: 321448930, KRS 0000485444, zwaną dalej „Usługodawcą”
na rzecz **Pacjentów**

§ 1.

- 1 **Pacjent zleca, a Usługodawca** zapewnia wykonanie świadczenia medycznego opisanego na stronie internetowej Usługodawcy <https://www.sonomedszczecin.pl> w zakładce „BADANIA I ZABIEGI”, które zostanie wykonane w siedzibie Usługodawcy przez lekarza specjalistę oraz wykwalifikowany personel. Zlecenie wykonania konkretnego świadczenia medycznego następuje poprzez umówienie przez **Pacjenta** terminu badania, konsultacji lub zabiegu, co następnie zostaje potwierdzone przez Usługodawcę poprzez wysłanie wiadomości tekstowej na numer telefonu wskazany przez **Pacjenta**.
- 2 **Usługodawca** zobowiązany jest do udzielania świadczenia z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
- 3 **Usługodawca** ma obowiązek zaopatrywania się we własnym zakresie w leki, wyroby medyczne oraz inne materiały niezbędne do udzielania świadczenia zleconego przez **Pacjenta**.
- 4 Świadczenie udzielane jest przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia oraz objęte z tego tytułu ochroną ubezpieczeniową.
- 5 **Usługodawca** zobowiązany jest do udzielania świadczenia medycznego w pomieszczeniach odpowiadających określonym wymaganiom technicznym i sanitarnym, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny, posiadający stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami.

§ 2.

- 1 Wynagrodzenie należne **Usługodawcy** z tytułu wykonania świadczenia medycznego jest zgodne z cennikiem zamieszczonym na stronie internetowej w zakładce <https://www.sonomedszczecin.pl/cennik/>.
- 2 **Pacjent** dokonuje płatności w kasie w siedzibie Usługodawcy lub przelewem na rachunek bankowy wskazany przez **Usługodawcę**:
do wpłat krajowych: **27 1240 3927 1111 0010 6085 8912**
do wpłat zagranicznych: **PL 27 1240 3927 1111 0010 6085 8912**
- 3 Wpłaty należy dokonać przelewem na co najmniej 3 dni przed wyznaczonym terminem zabiegu, a dowód wpłaty okazać przed udzieleniem świadczenia medycznego przy przyjęciu **Pacjenta** lub w kasie w siedzibie Usługodawcy w dniu zabiegu. W przypadku zwiększenia kwoty wynagrodzenia o koszty, których **Usługodawca** nie był w stanie przewidzieć przed udzieleniem świadczenia, pozostała części wynagrodzenia jest płatna w terminie 7 dni po udzieleniu świadczenia medycznego.
- 4 Podjęcie się przez **Usługodawcę** wykonania świadczeń medycznych (zabiegów), wskazanych na stronie internetowej w zakładce <https://www.sonomedszczecin.pl/cennik/> uzależniona jest od wpłaty przez **Usługobiorcę** zadatku w wysokości 1.500,- (słownie: tysiąc pięćset) złotych na rachunek bankowy **Usługodawcy**, o którym mowa w § 2 ust. 2, w terminie 3 dni od dnia umówienia terminu wykonania świadczenia medycznego. W tytule przelewu należy podać: imię i nazwisko Pacjenta, zadatek na zabieg dnia (data zabiegu), imię i nazwisko lekarza wykonującego zabieg.
- 5 **Usługodawca** może zachować wpłacony zadatek, w przypadku gdy **Pacjent** zrezygnuje z wykonania świadczenia medycznego w terminie krótszym niż 10 dni przed jego planowanym terminem, z innych przyczyn niż wynikające ze stanu zdrowia **Pacjenta** bądź nie stawia się na zaplanowany zabieg.
- 6 Zmiana terminu wykonania świadczenia medycznego przez **Usługodawcę** nie powoduje konieczności zwrotu zadatku, przy czym Usługodawca zobowiązany jest poinformować Pacjenta o zmianie terminu zabiegu najpóźniej na 2 dni przed pierwotnym terminem spełnienia świadczenia i wskazać jego nowy termin.

§ 3.

- 1 Dokonując zlecenia świadczenia medycznego Usługodawcy **Pacjent** oświadcza, że:
 - 1 należności z tytułu realizacji świadczeń wykonanych przez **Usługodawcę** nie będą podstawą roszczeń i należności finansowych w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia i innych podmiotów zobowiązanych do zabezpieczenia świadczeń z zakresu ochrony zdrowia;

- 2 został poinformowany o możliwości wystąpienia powikłań w trakcie zabiegu operacyjnego i nie rości z tego powodu roszczeń i należności finansowych w stosunku do **Usługodawcy**;
 - 3 lekarz przeprowadził z nim rozmowę wyjaśniającą cel, zakres i sposób przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, a podczas tej rozmowy **Pacjent** mógł zapytać o wszystkie interesujące go problemy dotyczące zabiegu operacyjnego, ryzyka operacyjnego oraz o inne okoliczności, które mogą wystąpić przed, podczas i po zabiegu operacyjnym;
 - 4 zgadza się na towarzyszące zabiegowi postępowanie, tj. infuzje płynów, transfuzje krwi, podawanie leków w czasie i po zabiegu;
 - 5 wyraża zgodę się na uzasadnione medycznie zmiany, ograniczenie lub rozszerzenie zakresu zabiegu operacyjnego.
- 2 **Pacjent** wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych lub danych osobowych osoby z zakresu: imię i nazwisko, telefon, adres kontaktowy, e-mail, której jest opiekunem prawnym, ma zgodę osoby trzeciej by ją reprezentować w celu skontaktowania i zorganizowania usługi w związku ze zleceniem świadczenia medycznego.
 - 3 **Pacjent** oświadcza, że został poinformowany o przysługującym mu prawie dostępu do treści danych osobowych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.
 - 4 **Pacjent** zapoznał się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zamieszczoną na stronie internetowej w zakładce <https://www.sonomedszczecin.pl/rodo.pdf> i jest ona dla niego zrozumiała.

§ 4.

- 1 Ewentualne spory mogące wyniknąć przy wykonaniu świadczenia medycznego zleconego w oparciu o niniejszy Regulamin, a których Strony umowy nie będą w stanie rozwiązać w sposób polubowny, rozstrzygane będą przez właściwy rzeczowo sąd powszechny w Szczecinie, według prawa polskiego.
- 2 W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego i innych odpowiednio stosowanych przepisów prawa.

Akceptuję warunki regulaminu.

Data i podpis

○ Proszę o wystawienie faktury na osobę fizyczną (pacjent).

○ Proszę o wystawienie faktury na firmę :

Dane pacjenta:

Imię i Nazwisko data zabiegu.....

Lekarz.....