



Regulamin

sprzedaży „Pakietu Hepatologicznego”, wersja 1/2022

§ 1. Niniejszy regulamin określa prawa i obowiązki kupującego, sprzedawcy oraz osoby uprawnionej do korzystania z „Pakietu Hepatologicznego”, określonego bliżej w paragrafie następującym, zwanego dalej **pakiem**. Sprzedawcą pakietu jest Centrum Medyczne Damiana Holding sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wałbrzyskiej 46, 02-739 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców pod numerem KRS 0000189581, zwana dalej **Damiana**.

§ 2. 1. Przez zakup pakietu osoba dorosła, zwana dalej kupującym, nabywa prawo do realizacji badań wymienionych w ust. 2 po cenie obniżonej w stosunku do ceny cennikowej Damiana.

2. Pakiet obejmuje możliwość jednorazowego wykonania następujących badań: p-ciała przeciw – HCV, morfologia pełna - analizator – krew, PT (INR, Quick), bilirubina całkowita – surowica, aminotransferaza asparaginianowa - AST (GOT), aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT), fosfataza alkaliczna – ALP, gammaglutamylotranspeptydaza – GGTP, glukoza na czczo we krwi żyłnej, kreatynina – surowica, hormon tyreotropowy – TSH, HBs-antygen, lipidogram, USG jamy brzusznej, a także możliwość odbycia konsultacji hepatologicznej lub teleporady hepatologicznej. Wymienione badania stanowią pierwszy etap diagnostyki w przypadku podejrzenia chorób wątroby.

3. Pakiet nie obejmuje usług: hepatolog – konsultacja profesorska oraz wyskospecjalistyczne USG jamy brzusznej.

§ 3. Pakiet można nabyć w placówce Damiana albo za pośrednictwem platformy internetowej, na której Damiana pakiet oferuje (zakup online).

§ 4. 1. Przed zakupem pakietu kupujący otrzyma tekst niniejszego regulaminu za pokwitowaniem według wzoru stanowiącego załącznik nr 1.

2. Zakup online możliwy jest po akceptacji tekstu niniejszego regulaminu za pomocą zaznaczenia odpowiedniej kratki.

§ 5. Przy zawarciu umowy kupujący podpisze dwa egzemplarze potwierdzenia zakupu, zgodnie z załącznikiem do niniejszego regulaminu.

§ 6. Pacjent powinien zgłosić się do wybranej placówki Damiana w godzinach pracy punktu pobrania celem pobrania krwi. Przystępując do badania należy być na czczo.

§ 7. 1. Skorzystanie z pakietu może nastąpić natychmiast po zapłacie ceny zakupu.

2. W przypadku zakupu online możliwość korzystania z pakietu powstaje po upływie trzech dni roboczych następujących po dacie płatności.

3. Pakiet zachowuje ważność w terminie 3 (trzech) miesięcy od zapłaty ceny.

§ 8. 1. Przy zakupie pakietu kupujący może wskazać inną osobę, która będzie mogła korzystać z pakietu, zwaną dalej uprawnioną.

2. Do chwili skorzystania z usługi objętej pakietem, kupujący może wskazać inną uprawnioną składając w przychodni Damiana podpisany wniosek, zawierający datę zakupu oraz imienia, nazwiska, PESEL (albo daty urodzenia) i adresu: kupującej oraz uprawnionej wykreślonej z pakietu i uprawnionej włączanej do pakietu, albo przesyłając skan takiego wniosku na adres dak@damian.pl. W przypadku obcokrajowca nieposiadającego PESEL: należy podać numer paszportu.

3. Wskazanie, o którym mowa w ust. 1 lub 2, następuje według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

4. Zmiana osoby uprawnionej następuje w ciągu dwudziestu czterech godzin od chwili otrzymania przez Damiana kompletnego wniosku. Wniosek realizowany jest w dni robocze.

§ 9. Korzystanie z pakietu nie łączy się z żadnymi innymi promocjami ani rabatami udzielanymi przez Damiana.

§ 9. Reklamacje należy kierować na adres: reklamacje@damian.pl lub pisemnie na adres Damiana. Reklamacja podlega rozpoznaniu w terminie 14 (czternastu) dni roboczych od jej otrzymania. Termin ten nie biegnie, jeśli skarżący nie wykazał umocowania do działania w imieniu kupującego lub nie przedstawił informacji umożliwiających rozpoznanie reklamacji. W takim wypadku zostanie wezwany do uzupełnienia reklamacji. Termin ten rozpocznie bieg z chwilą uzupełnienia reklamacji przez skarżącego.

Załącznik nr 1

**Potwierdzenie zakupu
„Pakietu Hepatologicznego”**

Sprzedawca: Centrum Medyczne Damiana Holding sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, przy ul.
Wałbrzyskiej 46, 02-739 Warszawa

| |
|------------------------------|
| DANE NABYWCY |
| Imię i Nazwisko: |
| PESEL/data urodzenia: |
| Adres zamieszkania: |
| Telefon/email: |

| |
|--|
| DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z USŁUG - PACJENT |
| Imię i Nazwisko: |
| PESEL/data urodzenia: |
| Adres zamieszkania: |
| Telefon/email: |

Kupujący niniejszym potwierdza, że przed wykupieniem pakietu otrzymał egzemplarz
Regulaminu sprzedaży Pakietu Hepatologicznego, wersja 1/2022.

.....

Podpis kupującego

.....

Data i podpis pracownika recepcji

**ZGŁOSZENIE
(ZMIANY)* UPRAWNIONEJ DO KORZYSTANIA Z „PAKIETU HEPATOLOGICZNEGO”**

Data zakupu:

Dane kupującej:

Imię:

nazwisko:

PESEL lub data urodzenia:

Nr MRN

Dane uprawnionej zgłaszanej do korzystania z pakietu*:

Imię:

nazwisko:

PESEL** lub data urodzenia:

adres zamieszkania:

.....

Dane uprawnionej wykreślonej*:

Imię:

nazwisko:

PESEL** lub data urodzenia:

adres zamieszkania:

.....

* niepotrzebne skreślić

**W przypadku obcokrajowca nieposiadającego PESEL należy wpisać numer paszportu.

.....
Data i podpis kupującej

.....
Podpis pracownika recepcji