



CENTRUM ZDROWIA
PSYCHICZNEGO
NA SKŁODOWSKIEJ

Centrum Zdrowia Psychicznego na Skłodowskiej Sp. z o.o.

ul. M.C.Skłodowskiej 36, 20-029 Lublin

KRS 0001051648, NIP 7123459774, REGON 526048459

8109025900000000154982989

Santander Bank

Regulamin Świadczenia Usług – Centrum Zdrowia Psychicznego Na Skłodowskiej

§ 1. Zasady umawiania, odwoływania i zmiany terminów wizyt

1. Wizyty w Centrum Zdrowia Psychicznego na Skłodowskiej (dalej: „Centrum”) można rezerwować:
 - o telefonicznie,
 - o osobiście w rejestracji,
 - o online za pośrednictwem portalu ZnanyLekarz.pl,
 - o poprzez aplikację MyDr Pacjent,
 - o za pośrednictwem strony internetowej www.lublin-psychoterapia.com.
2. Rezerwacja wizyty jest równoznaczna z potwierdzeniem zapoznania się z niniejszym Regulaminem oraz jego akceptacją.
3. Odwołanie lub zmiana terminu wizyty jest możliwa najpóźniej na 24 godziny przed planowaną godziną jej rozpoczęcia i wymaga bezpośredniego kontaktu z Centrum: telefonicznego, SMS-owego, e-mailowego lub osobistego w rejestracji; lub za pośrednictwem portali internetowych (w tym ZnanyLekarz.pl lub MyDr Pacjent).
4. Odwołanie wizyty wyłącznie za pośrednictwem portali internetowych (w tym ZnanyLekarz.pl lub MyDr Pacjent) nie jest traktowane jako skuteczne zgłoszenie do Centrum i nie stanowi podstawy do zwrotu środków – niezależnie od terminu zgłoszenia.
5. Zmiana terminu wizyty dokonana co najmniej 24 godziny przed planowaną wizytą może zostać zgłoszona dowolnym kanałem, w tym także przez portale rezerwacyjne.
6. Zmiana terminu w czasie krótszym niż 24 godziny przed wizytą wymaga bezpośredniego kontaktu z Centrum oraz podania krótkiego uzasadnienia. Każdorazowo zasadność takiego wniosku podlega indywidualnej ocenie Centrum.



PHONE

+ 48 510 001 876



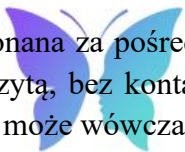
MAIL

www.lublin-psychoterapia.com
rejestracja@lublin-psychoterapia.com



ADDRESS

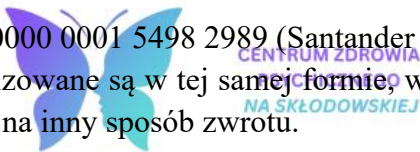
UL. M.Curie-Skłodowskiej 36,
20-029 LUBLIN

- 
7. Zmiana terminu dokonana za pośrednictwem portali internetowych w czasie krótszym niż 24 godziny przed wizytą, bez kontaktu z Centrum, może skutkować uznaniem wizyty za odbytą. Nowy termin może wówczas wymagać ponownej opłaty.
8. Przy zgłaszaniu odwołania lub zmiany terminu pacjent zobowiązany jest podać imię i nazwisko pacjenta oraz datę i godzinę wizyty. Wskazanie nazwiska specjalisty jest fakultatywne.
9. Odwołanie lub zmiana terminu wizyty na mniej niż 24 godziny przed jej rozpoczęciem jest dopuszczalna wyłącznie w sytuacjach losowych o charakterze siły wyższej (nagłych i niemożliwych do przewidzenia). Ocena zasadności zgłoszenia należy do Centrum.
10. W przypadku wizyt zaplanowanych na poniedziałek lub dzień następujący po dniu ustawowo wolnym od pracy, odwołania lub zmiany należy zgłosić najpóźniej w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym wizytę.
11. Pacjenci zgłaszający się na pierwszą wizytę proszeni są o przybycie około 10 minut wcześniej w celu dopełnienia formalności.
12. Spóźnienie pacjenta nie powoduje wydłużenia czasu trwania wizyty. Dodatkowo, spóźnienie przekraczające 15 minut uprawnia specjalistę do odmowy przeprowadzenia wizyty bez prawa do zwrotu kosztów.
13. W przypadku pacjentów małoletnich obecność rodzica lub opiekuna prawnego jest obowiązkowa podczas pierwszej wizyty. Uczestnictwo dziecka w kolejnych wizytach bez opiekuna wymaga uprzedniego złożenia stosownych zgód.

§ 2. Formy płatności

- Centrum akceptuje następujące formy płatności:
 - o płatności kartą płatniczą w siedzibie Centrum,
 - o płatności gotówką w siedzibie Centrum,
 - o przelewy bankowe (tradycyjne),
 - o płatności realizowane za pośrednictwem portali MyDr Pacjent oraz ZnanyLekarz.pl.
- Płatność za wizytę może zostać dokonana:
 - o przelewem bankowym przed wizytą,
 - o kartą płatniczą lub gotówką na miejscu w Centrum,
 - o za pośrednictwem portali MyDr Pacjent lub ZnanyLekarz.pl – zgodnie z zasadami obowiązującymi na tych platformach.
- W przypadku wyboru płatności przelewem bankowym pacjent zobowiązany jest do przesłania potwierdzenia wykonania przelewu na adres e-mail: rejestracja.lublin-psychoterapia.com najpóźniej 24 godziny przed planowanym terminem wizyty.
- Potwierdzenie przelewu powinno zawierać dane umożliwiające identyfikację płatności, w szczególności:
 - o imię i nazwisko pacjenta,
 - o datę i godzinę wizyty,
 - o nazwę usługi.
- Dane do przelewu bankowego: Krajowe Centrum Realizacji Sp. z o.o.

Nr rachunku: 81 0902 5900 0000 0001 5498 2989 (Santander Bank).

- 
6. Zwroty środków realizowane są w tej samej formie, w jakiej dokonano płatności, chyba że pacjent wyrazi zgodę na inny sposób zwrotu.
 7. Faktura imienna może zostać wystawiona w terminie do 3 miesięcy od dnia dokonania płatności. W przypadku chęci otrzymania faktury na NIP informacja ta musi zostać przekazana w momencie płatności.
 8. Centrum zastrzega sobie prawo do wprowadzania zmian w dostępnych formach płatności, o czym pacjenci będą informowani za pośrednictwem obowiązujących kanałów komunikacji.

§ 4. Zgoda na leczenie i zasady współpracy terapeutycznej

1. Standardowy czas sesji psychologicznej lub psychoterapeutycznej wynosi 60 minut. Wizyta psychiatryczna trwa 30 minut.
2. Rejestracja na wizytę oznacza zgodę pacjenta na stosowane przez specjalistę metody diagnostyczne i terapeutyczne.
3. Brak zgody pacjenta z diagnozą lub zaleceniami nie stanowi podstawy do zwrotu kosztów wizyty.
4. Pacjent ma prawo zrezygnować z leczenia na każdym etapie, jednak czyni to na własną odpowiedzialność i bez prawa do roszczeń finansowych.
5. Centrum zastrzega sobie prawo do zakończenia współpracy z pacjentem w przypadku naruszania zasad współpracy, w szczególności wywierania presji na specjalistów lub podważania ich kompetencji.
6. Podstawą prawną odmowy dalszego leczenia są przepisy Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz art. 38 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
7. Skorzystanie z procesu diagnostycznego nie gwarantuje postawienia rozpoznania ADHD ani innego zaburzenia.
8. Raport diagnostyczny przygotowywany jest w terminie do 10 dni roboczych od zakończenia procesu diagnostycznego i przekazywany w formie zabezpieczonego pliku PDF.

§ 5. Reklamacje

1. Reklamacje dotyczące świadczonych usług należy zgłaszać drogą e-mailową na adres rejestracja@lublin-psychoterapia.com
2. Reklamacje rozpatrywane są w terminie do 14 dni roboczych od daty ich otrzymania.

§ 6. Przetwarzanie danych osobowych

1. Administratorem danych osobowych jest Centrum Zdrowia Psychicznego na Skłodowskiej Sp. z o.o.
2. Szczegółowe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych znajdują się w sekcji „Ważne dokumenty” dostępnej na stronie www.lublin-psychoterapia.com



PHONE

+ 48 510 001 876



MAIL

www.lublin-psychoterapia.com
rejestracja@lublin-psychoterapia.com



ADDRESS

UL. M. Curie-Skłodowskiej 36,
20-029 LUBLIN