

REGULAMIN ŚWIADCZENIA USŁUG LOGOPEDYCZNYCH

Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej

Nazwisko i imię pacjenta:

Data urodzenia pacjenta:

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna:

Adres zamieszkania:

Nr kontaktowy rodzica / opiekuna:

Adres e-mail rodzica / opiekuna:

§ 1

1. Niniejszy regulamin zwany dalej „Regulaminem” określa zasady korzystania z usług diagnostycznych i terapeutycznych świadczonych przez Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej, ul. Widokowa 69, 32-048 Jerzmanowice, NIP 945-125-91-53 (zwanym dalej Logopedą), wykonywanych w gabinecie zlokalizowanym w Wielkiej Wsi, ul. Szkolna 2a lub zdalnie online.
2. Świadczone przez Logopedę usługi diagnostyczne i terapeutyczne (zwane dalej: „Usługami”) adresowane są do dzieci, młodzieży i dorosłych. Warunkiem skorzystania przez pacjenta z Usług jest złożenie przez rodzica lub opiekuna prawnego pacjenta (zwanego dalej: „Opiekunem”) oświadczenia o woli skierowania dziecka na zajęcia celem skorzystania z Usług oraz akceptacja postanowień Regulaminu.
3. Logopeda oświadcza, że posiada odpowiednie wykształcenie, wiedzę, umiejętności, doświadczenie oraz środki techniczne niezbędne dla należytego wykonywania obowiązków wynikających z niniejszej umowy, na dowód czego na prośbę Opiekuna przedłożyć może stosowne dokumenty.

§ 2

1. Opiekun zleca, a Logopeda zobowiązuje się do wykonywania usług w zakresie:
 - a. diagnozy logopedycznej/neurologopedycznej
 - b. indywidualnej terapii logopedycznej/neurologopedycznej.
 - c. konsultacji z rodzicami/opiekunami/nauczycielami dziecka objętego terapią logopedyczną oraz udzielania im potrzebnego wsparcia merytorycznego i metodycznego.
2. Zajęcia można odbywać w gabinecie w trybie stacjonarnym lub w trybie zdalnym (online).

3. Pierwsze spotkanie to konsultacja w trybie stacjonarnym / w trybie zdalnym (online) lub diagnoza w trybie stacjonarnym.
4. Bez odbycia u Logopedy konsultacji lub diagnozy nie zapisujemy nikogo na zajęcia cykliczne.
5. Zapisu na konsultację/diagnozę lub/i na zajęcia cykliczne można dokonać:
 - telefonicznie pod numerem: 601 874 016
 - drogą mailową: bs@terapiamowy.com

§ 3

1. Czas trwania zajęć terapeutycznych stacjonarnych lub online dostosowany będzie do możliwości pacjenta.
2. Opiekun za wykonanie usług określonych w § 2 zobowiązuje się wypłacać Logopedzie wynagrodzenie za terapię logopedyczną / neurologopedyczną wg cennika.
3. Należności z tytułu świadczenia Usług płatne będą z góry za miesiąc terapii, nie później niż do 5. dnia miesiąca którego dotyczy płatność, bezpośrednio gotówką lub przelewem na wskazany rachunek bankowy:

Bank: MBank, nr rachunku: 39 1140 2004 0000 3802 7950 0113.

4. Po otrzymaniu płatności wystawiona będzie **faktura** lub **paragon fiskalny** (niepotrzebne skreślić) .

Dane do faktury- wypełnia Opiekun (w przypadku paragonu fiskalnego nie wypełniać):

.....
.....
.....

5. W przypadku gdy Opiekun opóźnia się z zapłatą wynagrodzenia przez okres dłuższy niż 7 dni, Logopeda uprawniony będzie do zawieszenia świadczenia Usług do czasu uregulowania płatności.

§ 4

1. Dbając o wysoki standard naszych usług oraz mając na uwadze niesienie skutecznej pomocy logopedycznej, a co za tym idzie osiągnięcia jak najszybszych efektów poprawy jakości mowy stawiamy na regularność wizyt.
2. W celu prawidłowego wykorzystania Usługi świadczonej w ramach konkretnych zajęć Opiekun zobowiązany jest stawić się z pacjentem punktualnie na umówioną godzinę. Zajęcia trwają 50 minut lub 30 minut i w przypadku opóźnienia Opiekun nie będzie uprawniony do żądania ich przedłużenia.

3. Bezpośrednia obecność Opiekuna na zajęciach wymaga każdorazowo konsultacji z terapeutą prowadzącym zajęcia, który w przypadkach uzasadnionych dobrem pacjenta lub efektywnością zajęć może poprosić Opiekuna o opuszczenie zajęć.
4. Odwołanie zajęć indywidualnych przez Opiekuna/Pacjenta:
 - Opiekun/ Pacjent musi skutecznie poinformować Logopedę telefonicznie lub sms-em o odwołaniu zajęć
 - odwołanie zajęć bez ponoszenia dodatkowych kosztów może nastąpić najpóźniej do godziny 16:00 w dniu poprzedzającym zajęcia; odwołane zajęcia można odrobić w najbliższym wolnym terminie ustalonym z Logopedą
 - w przypadku odwołania wizyty po godzinie 16:00 w dniu poprzedzającym zajęcia lub w dniu wizyty opłata wynosi 100% kosztu odwołanych zajęć
 - w przypadku niepoinformowania Logopedy opłata wynosi 100% kosztu odwołanych zajęć.
5. Zajęcia grupowe: w razie nieobecności na zajęciach grupowych nie ma możliwości ich odrobienia oraz nie ma zwrotu kosztów.
6. Odwołanie zajęć przez Logopedę skutkuje 100% zwolnieniem Opiekuna z poniesienia kosztów odwołanych zajęć. Logopeda zastrzega sobie prawo do zmiany terminu realizacji zajęć za zgodą Opiekuna oraz po wcześniejszym ustaleniu nowego terminu.

§ 5

Opiekun zobowiązany jest do rzetelnego i konsekwentnego stosowania się do zaleceń i wskazówek Logopedy oraz systematycznego utrwalania ćwiczeń w domu. Ćwiczenia powinny być wykonywane codziennie i trwać minimum 30 minut. Od regularności i intensywności ćwiczeń zależą efekty terapii.

§ 6

Na prośbę Logopedy Opiekun zobowiązany jest do wykonania i przedstawienia wyników badań oraz konsultacji laryngologicznych i neurologicznych, opinii psychologiczno-pedagogicznych, konsultacji ortodontycznych, fizjoterapeutycznych oraz opinii innych specjalistów, w celu pogłębienia diagnozy oraz zastosowania odpowiednich metod terapeutycznych.

Data oraz podpis zgłaszającego Rodzica/Opiekuna

.....

OŚWIADCZENIE RODO

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej w celu komunikacji, korzystania z usług Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej, prowadzenia terapii, przygotowywania diagnoz oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dot. planowanych wizyt/zajęć.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem/am również poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom. Administratorem danych wskazanych w zgodzie wyrażonej powyżej jest Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej, ul. Widokowa 69, 32-048 Jerzmanowice, NIP 945-125-91-53. Dane kontaktowe tel. +48 601 874 016, mail: bs@terapiamowy.com

Data oraz podpis zgłaszającego Opiekuna/Pacjenta

.....

Załącznik nr 1

Lista osób mogących odbierać pacjenta/ dziecko oraz odpowiedzialnych za pacjenta/ dziecko po zakończeniu zajęć:

1. Nazwisko i imię, PESEL

2. Nazwisko i imię, PESEL

OŚWIADCZENIA OPIEKUNA/PACJENTA

1. Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka diagnozą i/lub opieką terapeutyczną w Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej

.....

(czytelny podpis Opiekuna)

2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z postanowieniami aktualnego Regulaminu, przyjmuję do wiadomości treści w nich zawarte i zobowiązuję się do ich przestrzegania.

.....

(czytelny podpis Opiekuna/Pacjenta)

3. Czy wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie wystawianych przez Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej faktur VAT drogą elektroniczną, na podany przez Państwa adres poczty elektronicznej?

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....

(czytelny podpis Opiekuna/Pacjenta)

4. Czy wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących swojego stanu zdrowia/ stanu zdrowia swojego dziecka oraz przebiegu procesu diagnozy i/lub terapii, w tym dokumentacji medycznej, drogą elektroniczną, na podany przez Państwa adres poczty elektronicznej?

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....

(czytelny podpis Opiekuna/Pacjenta)