

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 Logopeda), wykonywanych w gabinecie zlokalizowanym w Wielkiej Wsi, ul. Szkolna 2a lub zdalnie online.
2. Świadczone przez neurologopedę 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 diagnostyczna w trybie stacjonarnym lub w trybie zdalnym (online).
4. 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.(50 min, 30 min).
2. Jeśli potrzebna jest faktura proszę o wypełnienie danych:

.....
.....

§ 4

1. Dbając o poziom usług i mając na uwadze osiągnięcie jak najszybszych efektów terapii konieczna jest regularność wizyt.
2. W celu prawidłowego wykorzystania Usługi świadczonej w ramach konkretnych zajęć Opiekun/ pacjent zobowiązany jest stawiać się punktualnie na umówioną godzinę. Zajęcia trwają 50 minut lub 30 minut i w przypadku opóźnienia powyżej 15 min zajęcia przepadają, chyba, że zostanie zgłoszone spóźnienie. Nie ma możliwości przedłużenia. zajęć
3. Obecność Opiekuna na zajęciach wymaga konsultacji z terapeutą prowadzącym zajęcia, który w przypadkach uzasadnionych dobrem pacjenta lub efektywnością zajęć może poprosić Opiekuna o opuszczenie gabinetu.

§ 5

Zasady rezerwacji terminów i płatności

1. Rezerwacja wizyt

- a) aby zarezerwować miesięczny pakiet wizyt lub pojedynczą wizytę, należy dokonać pełnej opłaty z góry przelewem lub Blikiem, warunki płatności określone są w pkt. 3
- b) po zaksięgowaniu wpłaty można zarezerwować termin u mnie lub samodzielnie- udostępniam kalendarz po opłaceniu pakietu/wizyty
- c) brak opłaty z góry oznacza brak rezerwacji terminu.

2. Zmiany terminów i nieobecności:

- a) wizytę można przełożyć najpóźniej 2 dni robocze przed planowaną sesją (weekendy i dni świąteczne się nie wliczają)
- b) w przypadku braku wyżej wymienionego zgłoszenia, wizyta przepada i opłata nie podlega zwrotowi
- c) w wyjątkowych przypadkach np. choroba dziecka w dniu w którym ma się odbyć wizyta w gabinecie można ją zamienić na sesję online, informację taką należy zgłosić min. 2h przed planowaną wizytą.

3. Płatności za pakiety miesięczne

- a) przed rezerwacją terminów na kolejny miesiąc należy dokonać płatności
- b) dla klientów, którzy nie opłacą pakietu zajęć z góry każda sesja jest liczona jako pojedyncza w cenie **250 zł**
- c) osoby które z góry wiedzą, że w danym miesiącu opuszczają **1 lub 2 sesje**, mogą wykupić mniejszy pakiet (np. 2 lub 3 spotkania) ale muszą to zgłosić **przed dokonaniem płatności**.

4. Zasady odrabiania zajęć:

- a) wizyty, które zostały anulowane z odpowiednim wyprzedzeniem (minimum 2 dni robocze), mogą zostać odrobione w ciągu 30 dni roboczych od pierwotnego terminu
- b) ustalamy dogodny termin
- c) po tym terminie zajęcia zostają uznane za wykorzystane.

5. Zasady płatności

- a) pojedyncza konsultacja-płatność przed rezerwacją terminu (on line lub na miejscu w gabinecie przed dokonaniem rezerwacji wizyty)
- b) płatności za pakiety zajęć:
 - o przed rezerwacją terminu należy dokonać płatności
 - o dla obecnych klientów, którzy nie opłacą z góry za pakiet wizyta liczona jest jako pojedyncza konsultacja w cenie 250 zł
- c) numer konta: **39 1140 2004 0000 3802 7950 0113**
- d) wpłaty można dokonywać na nr konta lub blikiem na **nr telefonu 601 874 016** z dopiskiem np. „pakiet 4 spotkań - imię nazwisko dziecka”
- e) 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 stosowania się do zaleceń i wskazówek Logopedy oraz systematycznego utrwalania ćwiczeń w domu. 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 /Pacjenta

.....

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

2. Nazwisko i imię.....

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 nim zawarte.

.....
(czytelny podpis Opiekuna/Pacjenta)

3. Czy wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie wystawianych przez Centrum Usług Logopedycznych i Zdrowotnych Bożena Szurlej faktur 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)