

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

Umowa nr

Data:

Zawarta pomiędzy: Fortum Marketing and Sales Polska Spółka Akcyjna, ul. Marynarki Polskiej 197, 80-868 Gdańsk, Kapitał Zakładowy i wpłacony: 69 748 036 zł, NIP 7811861610, REGON 301677244, KRS 0000378299, Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy KRS, reprezentowaną przez:

Katarzynę Benc – Dyrektora Sprzedaży B2C

a Klientem:

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania firmy

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Adres korespondencyjny (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania) - jeżeli jest inny niż zamieszkania

PESEL

Adres e-mail:

Telefon

Akceptuje otrzymywanie e-faktury na podany adres e-mail

### WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE URUCHOMIENIA I KORZYSTANIA z usług medycznych świadczonych przez LUX MED

- Data uzyskania uprawnień - Prawo do świadczenia usług medycznych przez LUX MED działa od 1-ego dnia miesiąca kalendarzowego:
  - następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym zawarto Umowę – jeżeli do zawarcia Umowy doszło najpóźniej 24-ego dnia danego miesiąca kalendarzowego, albo
  - będącego 2-im miesiącem po miesiącu kalendarzowym, w którym zawarto Umowę – jeżeli do zawarcia Umowy doszło po 24-ym dniu danego miesiąca kalendarzowego.
- W przypadku odstąpienia Klienta od Umowy (zapewnienia gotowości świadczenia Usług przez LUX MED) i sytuacji, w której Klient lub, którąkolwiek z Osób Uprawnionych skorzystała z jakiegokolwiek Usługi, Klient zobowiązany jest zapłacić za to świadczenie kwotą stanowiącą równowartość 100% miesięcznej opłaty Miesięcznej za wybrany Pakiet/Pakiety.
- Przez zawarcie Umowy rozumie się:
  - otrzymania przez Fortum podpisanego przez Klienta egzemplarza Umowy (w przypadku zawarcia Umowy w formie pisemnej) lub
  - potwierdzenia telefonicznego lub mailowego (w przypadku zawarcia Umowy telefonicznie/e-mailowo) lub
  - potwierdzenia dokonanego w systemie Autenti (w przypadku zawarcia Umowy za pomocą tego systemu).
- Powyższe terminy obowiązują w przypadku przekazania Fortum Umowy kompletnej, czyli uzupełnionej o wszelkie dane niezbędne do jej realizacji - tj. imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr PESEL, nr telefonu oraz adres mailowy.
- O terminie uzyskania uprawnień zostaną Państwo poinformowani poprzez wiadomość SMS.
- Prosimy o terminowe wpłaty.
- W celu rezerwacji wizyty, prosimy o kontakt z Infolinią LUX MED pod numerem 22 33 22 888 lub za pośrednictwem portalu pacjenta [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl)
- W celu umówienia wizyty w placówkach partnerskich LUX MED należy kontaktować się osobiście lub telefonicznie z wybraną placówką.
- Zachęcamy do regularnego odwiedzania strony [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl), na której można znaleźć aktualną listę placówek.
- W razie pytań dotyczących zakresu świadczeń, zawartej umowy, terminu uruchomienia lub płatności prosimy o kontakt na adres e-mail: [infopolska@fortum.com](mailto:infopolska@fortum.com) lub pod nr +48 122 100 000

Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED  
zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

| PAKIETY MEDYCZNE    |                          |                               |  |
|---------------------|--------------------------|-------------------------------|--|
| Proponowane pakiety |                          | Miesięczna opłata (zł brutto) | Wybór PAKIETU (podpis przy wybranym pakiecie)                        |
|                     |                          |                               | Okres obowiązywania umowy<br>36 miesięcy od daty uzyskania uprawnień |
| Pakiet Indywidualny | Podstawowy               | 51 zł                         | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Rozszerzony              | 78 zł                         | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Rozszerzony Plus         | 121 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Kompleksowy              | 149 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
| Pakiet Partnerski   | Rozszerzony              | 144 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Rozszerzony Plus         | 218 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
| Pakiet Rodzinny     | Rozszerzony              | 179 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Rozszerzony Plus         | 345 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Kompleksowy              | 397 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
| Pakiet Senior       | Indywidualny             | 111 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Partnerski               | 190 zł                        | <input type="checkbox"/>   |
|                     | Rozszerzony Indywidualny | 175 zł                        | <input type="checkbox"/>   |

| PAKIETY STOMATOLOGICZNE   |          | Ilość osób uprawnionych  |
|---|----------|--------------------------|
| Pakiet Stomatologia Standard  | 20,00 zł | <input type="checkbox"/> |
| Pakiet Stomatologia Extra   | 40,00 zł | <input type="checkbox"/> |
| Pakiet Stomatologia Premium   | 50,00 zł | <input type="checkbox"/> |
| <b>Suma opłat za wybrane pakiety Stomatologiczne do zapłacenia każdego miesiąca</b> |          |                          |

**PODSUMOWANIE**

Łączna kwota do zapłaty stanowić będzie sumę opłat dot. WYBRANYCH PAKIETÓW (Medycznych lub Stomatologicznych) pomnożoną przez ilość wybranych pakietów.  
**Kliencie pamiętaj, że otrzymasz dwie faktury oddzielnie za wybrany pakiet medyczny i za pakiet/pakiety stomatologiczne!**

1. W momencie zawierania Umowy Klient oraz wskazane przez Klienta Osoby Uprawnione wymienione w Umowie uprawnione do korzystania Pakietu Stomatologicznego – **nie mogą mieć ukończonych 62 lat.**
2. Jeden Pakiet Stomatologiczny uprawnia do korzystania z zawartych w nim Usług tylko jedną Osobę Uprawnioną. W przypadku zamówienia większej ilości pakietów należy wskazać osobę uprawnioną/ osoby uprawnione w załączniku „Dodatkowe dane do Umowy”.
3. Klient może dokupić Pakiet Stomatologiczny, jeśli posiada Pakiet Opieki Medycznej na podstawie Umowy. Dokupienie Pakietu Stomatologicznego nie powoduje wydłużenia Okresu Zobowiązania. Nabycie Pakietu Stomatologicznego następuje poprzez zawarcie aneksu do Umowy o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED.

**Klient oświadcza:**

1. Zgoda na otrzymywanie informacji handlowej drogą elektroniczną.  
Wyrażam zgodę, aby Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku (ul. Marynarki Polskiej 197, 80-868 Gdańsk) przesyłała mi informacje handlowe za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną). Wiem, że w każdym czasie mam prawo do wycofania swojej zgody.
2. Zgoda na kontakt telefoniczny i SMS  
Wyrażam zgodę, aby Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku (ul. Marynarki Polskiej 197, 80-868 Gdańsk) przekazywała mi oferty marketingowe przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych oraz automatycznych systemów wywołujących, tj. m.in. poprzez rozmowy telefoniczne, wiadomości SMS, MMS, faks (zgodnie z ustawą z dnia 16 lipca 2004r. – Prawo telekomunikacyjne). Wiem, że w każdym czasie mam prawo do wycofania swojej zgody.

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

### Klauzula informacyjna:

W związku z pozyskaniem Państwa danych osobowych informujemy, że:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku (dane adresowe w stopce niniejszej Umowy) oraz LUX MED.
- Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu zawarcia Umowy i wypełnienia jej warunków oraz realizowania prawnie uzasadnionych interesów Administratora.
- Mają Państwo prawo do:
  - dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu;
  - wniesienia skargi do właściwego organu nadzorczego w zakresie ochrony danych osobowych: Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych Klienta przez Fortum oraz LUX MED znajdują się tutaj: [www.fortum.pl/obowiazek-informacyjny](http://www.fortum.pl/obowiazek-informacyjny). Zachęcamy do zapoznania się z pełną informacją.

Integralną część niniejszej Umowy stanowi:

- Zakres świadczeń Usług Opieki Medycznej przez LUX MED
- Wzór oświadczenia o odstąpieniu od umowy.
- Ogólne Warunki Świadczenia Usług
- Dodatkowe Dane do Umowy

Na stronie Fortum:

- Lista placówek własnych LUX MED
- Standardy dostępności, Regulamin refundacji, Formularz refundacji

### Definicje.

- Dziecko** – dziecko własne Osoby Uprawnionej (Pacjenta), jego Współmałżonka albo jego Partnera życiowego, a także dziecko przez nich przysposobione, które w dniu przystąpienia do Umowy nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania przez Dziecko do szkoły (w rozumieniu art. 2 pkt. 2) ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U.2004.256.2572 ze zm.) oraz do szkoły wyższej (w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365 ze zm.)) – nie ukończyło 24 roku życia, objęte opieką w Pakiecie Partnerskim lub Rodzinnym jako Członek Rodziny;
- Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę;
- Fortum** – podmiot zapewniający dostęp do abonamentowej opieki medycznej w oparciu o placówkę LUX MED, którym jest Fortum Marketing and Sales Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Gdańsku (80-868) przy ul. Marynarki Polskiej 197, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000378299, NIP 78118616190, REGON 301677244, o kapitale zakładowym wpłaconym w całości: 69 748 036 zł;
- Lekarz stomatolog** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza dentysty zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa w tym w szczególności Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry;
- Opłata** – należność Fortum za usługę Opieki Medycznej uzależniona od wybranej przez Klienta wersji pakietu. Za okres rozliczeniowy Strony przyjmują jeden miesiąc kalendarzowy;
- Opieka Medyczna** – prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych świadczonych przez LUX MED w zakresie ustalonym w pakiecie wybranym przez Klienta;
- Osoba Uprawniona albo Pacjent** – osoba fizyczna będąca beneficjentem Opieki Medycznej na mocy niniejszej Umowy;
- Pakiet Indywidualny** – pakiet medyczny, w ramach którego Opieką Medyczną objęty jest Klient;
- Pakiet Partnerski** – pakiet medyczny, w ramach którego Opieką Medyczną objęty jest Klient oraz Współmałżonek/Partner życiowy lub jedno Dziecko;
- Pakiet Rodziny** – pakiet, w ramach którego, na zasadach określonych w Umowie, opieką medyczną objęta jest Osoba Uprawniona (Pacjent) w wieku 18-65 lat oraz Członkowie rodziny: współmałżonek/Partner życiowy w wieku 18-65 lat oraz Dzieci do 26 lat;
- Pakiet Stomatologiczny** – Pakiet, który dotyczy Opieki Medycznej w zakresie usług z szeroko pojętej stomatologii i chirurgii stomatologicznej, do korzystania z którego uprawniona jest jedna Osoba Uprawniona w wieku do 65 lat;
- Placówki Własne** – ogólnodostępne ambulatoryjne Placówki medyczne działające pod marką LUX MED i Medycyna Rodzinna, wskazane na [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl);
- Placówki Współpracujące** – placówki podmiotów wykonujących działalność leczniczą, współpracujących z LUX MED, których aktualna lista jest dostępna na stronie internetowej <http://www.luxmed.pl/placowki700>
- Partner życiowy** – osoba prowadząca z Klientem wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Klientem w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim, jak przysposobienie lub powinowactwo;
- Portal Pacjenta** – usługa elektroniczna świadczona przez LUX MED Osobom Uprawnionym, dostępna pod adresem internetowym [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl), w ramach której Osoba Uprawniona ma możliwość m.in. umawiania i odwoływania wizyt, podglądu wizyt zarezerwowanych i odbytych, podglądu wystawionych skierowań, dostępu do E-Karty oraz innych funkcjonalności udostępnionych przez LUX MED;
- Usługa** – usługa Opieki Medycznej świadczona przez LUX MED na podstawie Umowy z Klientem;
- Zakres Świadczeń** – zakres świadczeń zdrowotnych zawartych w Umowie, przysługujących danej Osobie Uprawnionej (Pacjentowi) wraz z warunkami ich wykonania zawartymi w Umowie oraz w Ogólnych Warunkach Świadczenia Usług (OWSU) stanowiących załącznik do Umowy.

### Rozdział I – Postanowienia Ogólne

- Na podstawie niniejszej umowy Fortum Marketing and Sales Polska S.A. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Marynarki Polskiej 197, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk – Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000378299, NIP 78118616190, REGON 301677244 (zwana dalej FORTUM) zawiera z Klientem umowę dostępu do abonamentowej opieki medycznej w oparciu o placówkę LUX MED i/ albo Medycyny Rodzinnej będącą częścią Grupy LUX MED (zwaną dalej Umową).
- Umowa może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, na warunkach określonych w Umowie.
- W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej, obowiązek uiszczenia Opłaty spoczywa na Kliencie.
- W sprawach nieuregulowanych w Umowie mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

### Rozdział II – zawarcie Umowy i czas jej trwania

- Umowa zostaje zawarta na okres **36 miesięcy**, licząc od Daty uzyskania uprawnień.
- Umowa po upływie 36 miesięcy przekształca się w umowę zawartą na czas nieokreślony.
- Każda ze stron może rozwiązać Umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia za skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem pkt 4 poniżej.
- W przypadku jednak rozwiązania Umowy wskutek jej wypowiedzenia przez Klienta przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Klient będzie zobowiązany do zapłaty na rzecz Fortum kary umownej w wysokości 50% wartości miesięcznej Opłaty za zakupiony Pakiet Medyczny za każdy miesiąc, który pozostał do końca okresu wskazanego w pkt 1 powyżej.

### Rozdział III – Uruchomienie. Płatności. Terminy

- Konsument, który zawarł Umowę na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa, może w terminie 14 dni od jej zawarcia odstąpić od niej bez podawania przyczyny i bez ponoszenia kosztów z tego tytułu. Wzór oświadczenia o odstąpieniu od Umowy stanowi załącznik do niniejszej Umowy.**

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

- W przypadku odstąpienia Klienta od Umowy (zapewnienia gotowości świadczenia Usług przez LUX MED) i sytuacji, w której Klient lub, którakolwiek z Osób Uprawnionych skorzystała z jakiegokolwiek Usługi, Klient zobowiązany jest zapłacić za to świadczenie kwotę stanowiącą równowartość 100% miesięcznej opłaty Miesięcznej za wybrany Pakiet/Pakiety.
- W przypadku gdy Klient jednocześnie wybierze dowolny pakiet medyczny oraz dowolny pakiet stomatologiczny Fortum wystawi dwie oddzielne Faktury za poszczególne usługi. Klient zobowiązany jest do opłacenia obu faktur zgodnie z terminem wskazanym na Fakturach. Faktura lub Faktury za Usługę zostanie wystawiona do 5. dnia okresu rozliczeniowego.
- Opłaty są należne z tytułu możliwości korzystania z Opieki Medycznej w wybranym pakiecie, bez względu na to czy Osoby Uprawnione rzeczywiście z korzystały w danym okresie rozliczeniowym ze dostępnych im świadczeń zdrowotnych.
- Klient zobowiązany jest regulować Opłaty w terminach wskazanych na Fakturze lub Fakturach, przy czym termin płatności nie będzie krótszy niż 10 dni od daty doręczenia Faktury lub Faktur.
- Faktury będą wysyłane do Klienta przez Fortum elektronicznie na wskazany przez Klienta adres e-mail lub w formie papierowej na adres korespondencyjny podany w Umowie.
- Za termin dokonania płatności uznaje się dzień wpływu środków pieniężnych na rachunek bankowy Fortum. W razie powstania zaległości w płatnościach Fortum może zarażać dokonane przez Klienta wpłaty pieniężne w pierwszej kolejności na poczet odsetek od płatności uregulowanych z opóźnieniem, a następnie na poczet najstarszych zobowiązań Klienta wynikających z Umowy.
- W przypadku opóźnienia w uiszczeniu Opłaty w całości lub w części, Fortum zastrzega sobie prawo naliczania Klientowi odsetek ustawowych za opóźnienie.
- W przypadku zalegania przez Klienta z uiszczeniem Opłaty przez okres 21 dni od terminu płatności wskazanego na fakturze, Fortum jest uprawniona do wypowiedzenia Klientowi Umowy w trybie natychmiastowym.
- W razie zalegania przez Klienta z płatnościami na rzecz Fortum, Fortum zastrzega sobie prawo do przekazania informacji o zaległościach do podmiotów współpracujących z Fortum w zakresie dochodzenia należności.

### Rozdział IV – Zakres świadczeń

- Termin wykonania świadczenia zdrowotnego w Placówkach Własnych LUX MED można zarezerwować osobiście w Placówce Własnej lub za pośrednictwem:
  - komunikatora e-center, który jest dostępny na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl);
  - aplikacji Portal Pacjenta, która jest dostępna na stronie [www.luxmed.pl](http://www.luxmed.pl) – po założeniu specjalnego konta i dopełnieniu pozostałych formalności rejestracyjnych;
  - infolinii, pod numerem: 22 33 22 888;
  - innego sposobu wskazanego przez LUX MED.
- Termin wykonania świadczenia zdrowotnego w Placówkach Współpracujących LUX MED można zarezerwować osobiście w Placówce Współpracującej lub dzwoniąc bezpośrednio do Placówki Współpracującej lub w inny sposób wskazany przez LUX MED.
- Świadczenia zdrowotne przysługujące Osobie Uprawnionej są realizowane przez LUX MED w Placówkach Własnych oraz Placówkach Współpracujących w godzinach ich funkcjonowania na podstawie OWSU stanowiących załącznik do Umowy.
- Fortum nie ma dostępu do dokumentacji medycznej Osoby Uprawnionej.
- Fortum ma prawo wypowiedzenia Umowy z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego w przypadku, gdy Klient przekroczył limit wieku dla określonego pakietu uprawniającego Klienta do objęcia Opieką Medyczną.
- W przypadku, gdy w dniu zawarcia niniejszej Umowy - Klient jest już związany z Fortum umową o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED („Dotychczasowa umowa”), to Dotychczasowa umowa ulega automatycznego rozwiązaniu z Datą uzyskania uprawnień z niniejszej Umowy, bez konieczności składania przez Strony dodatkowych oświadczeń.

### Rozdział V – Postępowanie reklamacyjne

- Fortum zobowiązuje się do zapewnienia standardów jakościowych obsługi Klienta:
  - przestrzegania aktualnie obowiązujących przepisów prawa;
  - nieodpłatnego udzielania informacji o zasadach rozliczeń.
- LUX MED zobowiązany jest do rozpatrywania zgłoszeń lub reklamacji Klienta w sprawach, których przedmiotem są kwestie medyczne w terminie do 14 dni od dnia przyjęcia reklamacji. W przypadkach, gdy wyjaśnienie reklamacji lub podjęcie decyzji nie jest możliwe w takim terminie – udzielana jest odpowiedź zawierająca informacje o wdrożeniu wyjaśnień, dotychczasowych ustaleniach, jeśli takie są, oraz o przewidywanym trybie rozpatrzenia.
- Klient może składać zgłoszenia lub reklamacje w formie pisemnej na adres: ul. Postępu 21C Warszawa 02-676 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres mailowy: [kontakt@luxmed.pl](mailto:kontakt@luxmed.pl) albo telefonicznie pod nr telefonu 22 33 22 888.
- Proces reklamacyjny nie zwalnia Klienta z obowiązku terminowego uiszczenia Opłat.
- Reklamacja powinna zawierać:
  - imię, nazwisko oraz PESEL Klienta zgłaszającego reklamację;
  - usługę, której reklamacja dotyczy;
  - przedmiot reklamacji z uzasadnieniem przyczyn jej wniesienia; datę i podpis reklamującego Klienta (w przypadku reklamacji składanej w formie pisemnej).

### Rozdział VI – Postanowienia końcowe

- Wszelkie świadczenia zdrowotne udzielane przez LUX MED podlegają przepisom prawa polskiego.
- Zmiana warunków Umowy lub wysokości Opłat wymaga przesłania nowej treści na adres korespondencyjny Klienta, co najmniej na 30 dni przed wejściem zmian w życie. Zmiana może nastąpić tylko z powodu zmiany przepisów prawa, w tym przepisów prawa podatkowego – w takim przypadku zmiana wysokości Opłat będzie pozostawała w proporcji do wzrostu kosztów realizacji Umowy.
- W razie zmiany warunków Umowy lub wysokości Opłat, postanowienia podlegające zmianie wchodzi w życie, jeśli Klient nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy, w terminie 14 dni od daty ich otrzymania. Jeśli Klient nie akceptuje przedstawionych zmian warunków, ma prawo do wypowiedzenia Umowy bez żadnych dodatkowych kosztów i odszkodowań. Umowa ulega wówczas rozwiązaniu z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym oświadczenie Klienta dotarło do Fortum. W przypadku jednak przekształcenia Umowy w umowę zawartą na czas nieokreślony Fortum może zaproponować zmianę warunków tej Umowy w każdym momencie, przesyłając Klientowi stosowną ofertę. Jeśli Klient akceptuje warunki zawarte w ofercie, wystarczającym sposobem poinformowania Fortum jest uiszczenie Opłaty w wysokości i terminie wskazanym w ofercie. Jeśli Klient nie akceptuje przedstawionych w ofercie warunków, ma prawo do wypowiedzenia umowy bez żadnych dodatkowych kosztów i odszkodowań. Umowa ulega wówczas rozwiązaniu z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym oświadczenie Klienta dotarło do Fortum.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszej Umowie mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
- Niniejsza wersja umowy obowiązuje od 25 października 2021r.

Potwierdzam warunki niniejszej Umowy, która zawiera 4 strony.




Dyrektor Sprzedaży B2C

W imieniu sprzedawcy  
Fortum Marketing and Sales Polska S.A.



Oznaczenie Partnera



Data i czytelny podpis Odbiorcy

## Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię                 | Nazwisko             |

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek  dziecko  partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

**Pakiet Stomatologiczny:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię                 | Nazwisko             |

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek  dziecko  partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

**Pakiet Stomatologiczny:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię                 | Nazwisko             |

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek  dziecko  partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

**Pakiet Stomatologiczny:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię                 | Nazwisko             |

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek  dziecko  partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

**Pakiet Stomatologiczny:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię                 | Nazwisko             |

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek  dziecko  partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

**Pakiet Stomatologiczny:**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię                 | Nazwisko             |

Adres zamieszkania (miasto, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania)

PESEL

**Pokrewieństwo:** małżonek  dziecko  partner

Zaznacz właściwe

Numer telefonu

**Pakiet Stomatologiczny:**

Umowa o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED  
zawarta z Fortum Marketing and Sales Polska S.A.

**OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY**

Miejscowość:  Data:

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam że odstępuję od Umowy o zapewnieniu świadczenia usług medycznych przez LUX MED zawartej w dniu ..... z FORTUM MARKETING AND SALES POLSKA S.A.

Imię

Nazwisko

PESEL

Miejscowość

Telefon\*

\*Podanie Pani/Pana numeru telefonu ułatwi nam kontakt w razie takiej potrzeby. Podanie tych danych jest w pełni dobrowolne.

Wypełnione oświadczenie należy odesłać na jeden z niżej wymienionych sposobów:

1. Listownie na adres: Fortum Marketing and Sales Polska Spółka Akcyjna, ul. Marynarki Polskiej 197, 80-868 Gdańsk
2. Mailowo na adres: [infopolska@fortum.com](mailto:infopolska@fortum.com)

Data i czytelny podpis Odbiorcy

Zgodnie z art. 27 ustawy o prawach konsumenta z dnia 30 maja 2014 r. konsument, który zawarł umowę na odległość lub poza lokalem przedsiębiorstwa, może odstąpić od tej umowy w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia bez podawania przyczyny i bez ponoszenia kosztów.

W przypadku odstąpienia Klienta od Umowy (zapewnienia gotowości świadczenia Usług przez LUX MED) i sytuacji, w której Klient lub, którakolwiek z Osób Uprawnionych skorzystała z jakiegokolwiek Usługi, Klient zobowiązany jest zapłacić za to świadczenie kwotą stanowiącą równowartość 100% miesięcznej opłaty Miesięcznej za wybrany Pakiet/ Pakiety.