

**REGULAMIN REZERWACJI TERMINU ZABIEGU DLA KLIENTÓW
INDYWIDUALNYCH DOLNOŚLĄSKIEGO CENTRUM CHIRURGII RĘKI
I MEDYCYNY ESTETYCZNEJ CHIROPLASTICA WE WROCŁAWIU**

§ 1

Rezerwacja terminu zabiegu może być dokonana:

- osobiście w placówce CHIROPLASTICA we Wrocławiu przy ul. Dąbrowskiego 36a, 50-547 Wrocław (Dolnośląskie Centrum Chirurgii Ręki i Medycyny Estetycznej Chiroplastica Ahmed Elsaftawy), zwanej dalej: „Placówka”,
- telefonicznie: +48 535532238
- e-mailowo :info@chiroplastica.pl

§ 2

Cena zabiegu ustalana jest każdorazowo, indywidualnie przez lekarza Placówki i jest podawana do wiadomości Pacjentowi przed dokonaniem rezerwacji terminu zabiegu.

§ 3

1. Warunkiem dokonania skutecznej rezerwacji terminu zabiegu jest wpłata przez Pacjenta zadatku w wysokości 30 % wartości zabiegu brutto, podpisanie przedmiotowego regulaminu, zwanego dalej: „Regulamin” oraz dostarczenie podpisanego własnoręcznie Regulaminu do siedziby Placówki osobiście lub skanem poprzez e-mail na adres: info@chiroplastica.pl, najpóźniej na 21 dni przed planowaną datą zabiegu.
2. Zadatek, o którym mowa w § 3 ust. 1 niniejszego Regulaminu, winien być uiszczony na rzecz Placówki w walucie polskiej (PLN):
 - w formie przelewu bankowego na rachunek bankowy Placówki:

Ahmed Elsaftawy

Nr konta: 60 1750 0012 0000 0000 3887 1773

IBAN: PL 60 1750 0012 0000 0000 3887 1773

BIC/SWIFT: RCBWPLPW3

- gotówką, bądź kartą płatniczą/kredytową, bezpośrednio w siedzibie Placówki.

3. W przypadku dokonywania płatności za pośrednictwem przelewu bankowego, za datę dokonania płatności uznaje się datę uznania rachunku bankowego Placówki.

4. Płatność za zadatek jest rozliczana rachunkiem zwykłym (paragon) lub na życzenie Pacjenta fakturą VAT. W przypadku dokonywania płatności w drodze przelewu bankowego, paragon/fakturę VAT można pobrać w Recepcji Placówki.

§ 4

Płatność finalna za zabieg podlega uregulowaniu przed jego wykonaniem, w recepcji Placówki, gotówką bądź karta płatniczą/kredytową.

§ 5

W przypadku braku wpłaty zadatku przez Pacjenta lub niedostarczenia/nieprzesłania skanem na adres mailowy Placówki podpisanego własnoręcznie Regulaminu, najpóźniej na 21 dni przed planowaną datą zabiegu, rezerwacja jest anulowana.

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią niniejszego Regulaminu, akceptuję ją i nie wnoszę do niej jakichkolwiek zastrzeżeń.

Wrocław, dnia

.....
/czytelny podpis Pacjenta/