

REGULAMIN KORZYSTANIA Z KARTY PACJENTA BALTICMED

§1 Cel wystawienia „Karty Pacjenta Balticmed”

„Karta Pacjenta Balticmed” ma na celu usprawnienie dostępu pacjentów do świadczeń zdrowotnych nieobjętych zakresem podstawowej opieki zdrowotnej.

§2 objaśnienie pojęć użytych w Regulaminie

- 1) **Regulamin** – niniejszy regulamin;
- 2) **Wystawca „Karty pacjenta Balticmed”** – podmiot leczniczy Balticmed Przychodnia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie, ul. Maciejkowa 64/2, 71-784 Szczecin, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Szczecin-Centrum w Szczecinie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000491334, NIP: 9552353445 REGON 3214615110000, adres e-mail: biuro@balticmed.pl,
- 3) **Pacjent** – osoba fizyczna, która złożyła Wystawcy deklarację wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej;
- 4) **Partner** – podmiot, z którym Balticmed Przychodnia Sp. z o.o. zawarł porozumienie w sprawie stosowania wobec Pacjentów preferencyjnych warunków udzielania świadczeń, wpisany na aktualną listę Partnerów, dostępną na stronie <https://balticmed.pl/partnerzy/>
- 5) **„Karta Pacjenta Balticmed” albo „Karta”** – dokument wystawiany Pacjentom przez Wystawcę, uprawniający Pacjentów do korzystania na preferencyjnych warunkach ze świadczeń realizowanych przez Partnerów. Preferencyjne warunki polegają na stosowaniu rabatów od cen ustalonych przez Partnera w cenniku świadczeń lub bezpłatnych usług dodatkowych.
- 6) **Przychodnia Wystawcy** – jedna (dowolna) z następujących przychodni lub szkoły rodzenia podmiotu Leczniczego „Balticmed Przychodnia Sp. z o.o.”: Balticmed Szczecin Gumieńce (ul. Hrubieszowska 22a, 71-047 Szczecin), Balticmed Szczecin Śródmieście (ul. Staromłyńska 6, 70-561 Szczecin), Balticmed Szczecin Prawobrzeże (ul. Kosynierów 14/U1, 70-786 Szczecin), Balticmed Szczecin Warszewo (ul. Maciejkowa 64/2, 71-784 Szczecin), Balticmed Police (ul. Piłsudskiego 6/7, 72-010 Police), Balticmed Przybiernów (ul. Cisowa 3, 72-110 Przybiernów), Balticmed Stepnica (ul. Tęczowa 3, 72-112 Stepnica), Balticmed Czaplinek (ul. Drahimska 65a, 78-550 Czaplinek), Balticmed Kalisz Pomorski (ul. Wolności 14, 78-540 Kalisz Pomorski), Balticmed Mścice (ul. Rzemieślnicza 4, 76-031 Mścice), Balticmed Resko (ul. Bohaterów Monte Cassino 10, 72-315 Resko), Balticmed Węgorzyno (ul. Grunwaldzka 27A, 73-155 Węgorzyno), Balticmed Szkoła Rodzenia (ul. Lewandowskiego 36, 70-237 Szczecin).

§3 Wydanie „Karty Pacjenta Balticmed”

1. W każdej Przychodni Wystawcy, wraz z niniejszym Regulaminem, Pacjent otrzymuje formularz zgody na przedstawienie mu zasad funkcjonowania „Karty Pacjenta Balticmed”, a w tym na wykorzystywanie jego numeru telefonu oraz adresu e-mail do przedstawiania informacji na temat świadczeń zdrowotnych, realizowanych przez Partnerów. Wzór formularza zgody Pacjenta stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu.
2. W celu otrzymania „Karty Pacjenta Balticmed”, Pacjent: uzupełnia i podpisuje formularz zgody, o którym mowa w ust. 1, podpisuje Regulamin oraz przekazuje podpisane druki w rejestracji dowolnej Przychodni Wystawcy.
3. Błędy i/lub braki w formularzu lub Regulaminie uniemożliwiają odbiór „karty”.
4. „Karta” jest dokumentem imiennym. Bonifikaty wynikające z jej funkcjonowania przysługują jedynie właścicielowi „karty”. W przypadku osób, które nie ukończyły 18 r. ż. druki podpisuje opiekun prawny.
5. „Karta” jest wydawana bezpłatnie w Przychodni Wystawcy, ale świadczenie zdrowotne realizowane przez Partnera na rzecz Pacjenta jest odpłatne zgodnie z preferencyjną ofertą Partnera.
6. „Karta” jest wydawana bezterminowo.
7. Wydanie duplikatu „karty” jest bezpłatne.
8. Właściciel „karty” może jej używać jedynie w przypadku, gdy pozostaje na liście pacjentów Balticmed Przychodnia sp. z o.o.
9. W przypadku wypisania się właściciela „karty” z listy pacjentów Balticmed Przychodnia sp. z o.o. „karta” powinna zostać zwrócona osobiście do rejestracji dowolnej przychodni Balticmed.
10. W przypadku braku należnego zwrotu „karty” opisanego w pkt. 9, Przychodnia Balticmed sp. z o.o. może nałożyć karę pieniężną na właściciela „karty” w wysokości 500 zł.

§4 Świadczenia zdrowotne realizowane przez Partnera

Zakres preferencyjności i świadczeń realizowanych przez każdego Partnera podawany jest do wiadomości Pacjenta na stronie internetowej <https://balticmed.pl/partnerzy/>.

§5 Sposób realizacji świadczeń

1. W celu skorzystania z wybranego świadczenia zawartego w ofercie Partnera, Pacjent dokonuje rejestracji do wybranego świadczenia zdrowotnego bezpośrednio u Partnera „Karty Pacjenta Balticmed”.
2. Podczas rejestracji należy powiadomić Partnera o przynależności do programu „Karty Pacjenta Balticmed”.
3. Partner stosuje wobec Pacjenta preferencyjne zasady udzielania świadczeń zdrowotnych, określone na liście Partnerów pod adresem internetowym <https://balticmed.pl/partnerzy/>

§6 Zgłaszanie nieprawidłowości

1. Wszelkie nieprawidłowości w zakresie realizacji uprawnień Pacjenta wynikających z „Karty Pacjenta Balticmed” można zgłaszać: w Przychodni Wystawcy; przesyłając wiadomość na adres email: biuro@balticmed.pl (wiadomość należy wówczas zatytułować „Nieprawidłowości – Karta Pacjenta Balticmed”); pocztą tradycyjną na adres Balticmed Przychodnia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Szczecinie, ul. Maciejkowa 64/2, 71-784 Szczecin.
2. Wystawca zobowiązany jest ustosunkować się do zgłoszenia, o którym mowa w ust. 1, na piśmie w terminie 7 dni od jego otrzymania.

Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu i akceptuję jego warunki

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis pacjenta

Załącznik nr 1 do Regulaminu korzystania z Karty Pacjenta Balticmed

**ZGODA PACJENTA/PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO PACJENTA
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Dane pacjenta:

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Ja niżej podpisany/a, zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. (RODO), **wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez podmiot leczniczy – Balticmed Przychodnia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**, w celu komunikowania się ze mną jako pacjentem lub jako przedstawicielem ustawowym pacjenta, w zakresie korzystania z usług medycznych oraz na otrzymywanie za pośrednictwem telefonii komórkowej i poczty elektronicznej informacji dotyczących planowanych wizyt, jak również informacji o medycznej działalności Balticmed Przychodnia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz jej Partnerów.

Oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, a zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie. Zostałem również poinformowany o celu zbierania danych osobowych, dobrowolności ich podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz, że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis pacjenta