

# Regulamin

1. Obowiązuje zadek w wysokości 100zł, wliczony w cenę usługi. W przypadku pierwszej wizyty Pacjent zobowiązany jest do wpłaty zadatku w ciągu dwóch dni roboczych od zarezerwowania terminu wizyty. Płatności można dokonać przelewem na podany numer konta lub za pomocą BLIK'a na podany numer telefonu. Brak wpłaty zadatku jest równoważny z anulowaniem wizyty.
2. Zadek na każdą kolejną wizytę kontrolną będzie pobierany w gabinecie, przy ustalaniu następnego terminu wizyty.
3. Pacjent chcący przelożyć termin wizyty zobowiązany jest do powiadomienia o tym Dietetyka najpóźniej do 1 dnia roboczego poprzedzającego wizytę, do godziny 18:00. W przypadku nie pojawienia się Pacjenta na wizycie lub chęci jej przełożenia tego samego dnia - zadek przepada.
4. Przełożenie wizyty w ramach zadatku, możliwe jest wyłącznie w ciągu kolejnych 5 dni roboczych. W innym przypadku - zadek przepada.
5. Dietetyk zobowiązuje się do wysłania jadłospisu w ciągu 7 dni roboczych od przeprowadzenia wizyty. W przypadku planowanej nieobecności Dietetyka termin ten może się wydłużyć, o czym Pacjent zostanie poinformowany na wizycie.
7. Możliwe jest otrzymanie jadłospisu w ciągu 3 dni roboczych - dodatkowy koszt takiej usługi wynosi 100zł.
8. Pacjent jest zobowiązany do poinformowania o swoich preferencjach, jednostkach chorobowych, alergiach itp. dotyczących korekty w jadłospisie, podczas wizyty w gabinecie. Po zakończonej konsultacji nie obowiązują dodatkowe zmiany w ustalonym menu.
9. Istnieje możliwość wprowadzenia dodatkowych zmian w jadłospisie w ciągu dwóch dni roboczych od wizyty w gabinecie. Koszt takiej usługi to 100zł. płatne w ciągu dwóch dni roboczych. Płatności można dokonać przelewem na numer konta lub za pomocą BLIK'a na numer telefonu.
10. Jeśli Pacjent na wizycie kontrolnej chciałby otrzymać całkowicie nowy jadłospis - obowiązuje cena pierwszej wizyty.
11. Na wszelkie pytania i wątpliwości Dietetyk chętnie odpowiada wyłącznie od poniedziałku do piątku do godziny 18:00 w wiadomościach SMS lub telefonicznie.

Data i podpis Pacjenta

Podpis Dietetyka

.....

.....