

**DROGI OPIEKUNIE, PROSZĘ POSTAW SWOJĄ PARAFKĘ NA KAŻDEJ STRONIE**

**IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA:**

**IMIĘ I NAZWISKO RODZICA:**

**ADRES ZAMIESZKANIA:**

**NUMER KONTAKTOWY RODZICA**

**ADRES E-MAIL RODZICA:**

**DATA I MIEJSCE:**

## **REGULAMIN**

### **KORZYSTANIA Z USŁUG INTEGRO CENTRUM TERAPII DZIECIĘCEJ**

#### **I. POSTANOWIENIA OGÓLNE**

1. Niniejszy Regulamin (zwany dalej: „**Regulaminem**”) określa zasady korzystania z usług diagnostycznych i terapeutycznych świadczonych przez **Annę Gumułkę-Kołek** prowadzącą działalność gospodarczą pod firmą Anna Gumułka-Kołek INTEGRO Centrum Terapii Dziecięcej z siedzibą w Krakowie ul. Forteczna 120, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, NIP: 6762315768, REGON: 120973528 (zwaną dalej: „**INTEGRO**”), wykonywanych w centrum terapeutycznym zlokalizowanym w Krakowie przy ul. Fortecznej 120 (zwanym dalej: „**Centrum terapeutycznym**”).
2. Świadczone przez INTEGRO usługi diagnostyczne i terapeutyczne (zwane dalej: „**Usługami**”) obejmują w szczególności:
  - diagnozę lub terapię integracji sensorycznej;
  - terapię z niemowlętami;
  - diagnozę i terapię psychologiczną;
  - diagnozę lub terapię logopedyczną;
  - diagnozę lub terapię słuchową;
  - terapię pedagogiczną;
  - terapię grupową;
  - terapię ręki;
3. Usługi adresowane są do dzieci w wieku od 2 tygodnia życia do 18 lat. Warunkiem skorzystania przez dziecko z Usług jest złożenie przez rodzica lub opiekuna prawnego dziecka (zwanego dalej: „**Opiekunem**”) oświadczenia o woli skierowania dziecka na zajęcia celem skorzystania z Usług oraz akceptacja postanowień Regulaminu.

4. Centrum terapeutyczne czynne jest: od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 – 20:00 oraz w soboty w godzinach 8:00 – 16:00, za wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy.
5. Z tytułu wykonywania Usług, INTEGRO należne jest wynagrodzenie opisane w Cenniku.
6. Zajęcia organizowane w ramach Usług prowadzone są przez profesjonalnych terapeutów (zwanymi dalej: „**Terapeutami**”).
7. Centrum terapeutyczne jest monitorowane. Zasady przetwarzania i ochrony Państwa danych osobowych pozyskanych w ramach monitoringu wizyjnego zostały określone w odrębnym dokumencie.

## **II. ZASADY ORGANIZACJI ZAJĘĆ**

1. W celu skorzystania z Usług, Opiekun zobowiązany jest do zapisania dziecka na określone zajęcia.
2. W sprawie organizacji zajęć i świadczenia Usług należy kontaktować się:
  - bezpośrednio z INTEGRO pod numerem telefonu: 791-282-908lub
  - bezpośrednio z Terapeutą prowadzącym zajęcia, na podany przez niego numer telefonu, o ile Terapeuta zdecyduje się na jego przekazanie Opiekunowi, w sprawie Usług świadczonych w ramach zajęć z konkretnym Terapeutą.
3. Usługi świadczone będą w godzinach wynikających z uzgodnionego na dany tydzień / miesiąc harmonogramu. Dziecko ma zwykle wyznaczony stały termin uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych.
4. W celu prawidłowego wykorzystania Usługi świadczonej w ramach konkretnych zajęć, Opiekun zobowiązany jest stawić się z dzieckiem punktualnie na umówioną godzinę. Zajęcia trwają 50 minut i w przypadku spóźnienia Opiekun nie będzie uprawniony do żądania ich przedłużenia.
5. Bezpośrednia obecność Opiekuna na zajęciach wymaga każdorazowej konsultacji z Terapeutą prowadzącym zajęcia, który w przypadkach uzasadnionych dobrem dziecka lub efektywnością zajęć może poprosić Opiekuna o opuszczenie zajęć.
6. INTEGRO zastrzega sobie możliwość przeprowadzania konsultacji specjalistycznych pomiędzy poszczególnymi terapeutami INTEGRO, celem usunięcia zaistniałych w stosunku do dziecka wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych.
7. Jeśli dziecko będzie nieobecne więcej niż dwa razy w każdym miesiącu przez dwa miesiące z rzędu na zajęciach w ramach uzgodnionego harmonogramu, INTEGRO zastrzega sobie możliwość zawieszenia procesu terapeutycznego mając na uwadze dobro dziecka.  
Efektywność nieregularnej pracy terapeutycznej jest bardzo niska.

Osoby uczęszczające na terapię nieregularnie blokują możliwość przyjęcia innej osoby na ich miejsce. Terapeuta nie ma szansy w takiej sytuacji wykorzystania wolnej godziny do pracy z kimś innym.

8. **W przypadku nie pojawienia się na umówiony wcześniej termin diagnozy i braku kontaktu ze strony rodzica tego samego dnia- Integro zastrzega sobie prawo do usunięcia kolejnych terminów zarezerwowanych dla danego klienta.**

### **III. OPINIA TERAPEUTYCZNA**

1. INTEGRO oferuje możliwość wydania opinii terapeutycznej na temat dziecka regularnie uczestniczącego w zajęciach.
2. W przypadku dzieci regularnie uczestniczących w zajęciach (minimum 15 spotkań), opinia terapeutyczna wydawana jest bezpłatnie maksymalnie 2-krotnie w ciągu 12 miesięcy.
3. Opinia terapeutyczna sporządzana jest w terminie 14 dni od daty zgłoszenia prośby o jej wystawienie.
4. Na żądanie Opiekuna, za dodatkowym wynagrodzeniem opisanym w Cenniku, sporządzający opinię terapeutyczną Terapeuta przekazuje ją osobiście Opiekunowi wraz z możliwością omówienia opinii.
5. Opinia terapeutyczna może zostać przesłana do Opiekuna drogą mailową, jeżeli wyrazi na to pisemną zgodę.

### **IV. WIZYTA TERAPEUTY POZA CENTRUM TERAPEUTYCZNYM**

1. Na prośbę Opiekuna, Terapeuta może odbyć wizytę w żłobku, przedszkolu lub szkole, do której uczęszcza dziecko, celem zaznajomienia Terapeuty z zakresem potencjalnej pomocy, jaka może być udzielona w Centrum terapeutycznym, poinstruowania kadry danej placówki.
2. Wizytacja w danej placówce odbywa się po uzyskaniu wcześniejszej zgody dyrekcji / właściciela danej placówki.
3. Po przeprowadzeniu wizyty, Terapeuta sporządzi opinię terapeutyczną dotyczącą dziecka i proponowanych zajęć oraz objaśni ją na spotkaniu z Opiekunem.

### **V. ZASADY PŁATNOŚCI ZA USŁUGI**

1. **Zajęcia opłacane są w formie pakietów za 5 spotkań. Płatność dokonywana jest z góry, przed rozpoczęciem serii 5 spotkań, na konto bankowe Integro.**

rachunek bankowy INTEGRO: **50 2490 0005 0000 4500 7117 4198.**

2. W zakresie 5 opłaconych spotkań klient ma możliwość odwołania jednych zajęć z pięciu- jeśli zostaną one odwołane do godziny 18-00 dnia poprzedzającego terapię.
3. Wszystkie pozostałe spotkania są rozliczane niezależnie od obecności na zajęciach. Powód nieobecności (np. choroba, urlop, kwarantanna) nie będzie powodował zmiany zasady rozliczania. Nie ma możliwości odrabiania nieobecności.
4. Zajęcia odwołane po 18-00 (np. 18-10) są w pełni rozliczane.
5. Dopiero po dokonaniu płatności za zajęcia klient może w nich uczestniczyć. Brak dokonywania terminowo płatności uniemożliwi uczestnictwo w terapii oraz spowoduje zakończenie procesu terapeutycznego.
6. Płatność za terapię powinna zostać zaksięgowana najpóźniej dzień przed rozpoczęciem zajęć, aby osoba kontrolująca płatności zdążyła wprowadzić te dane do systemu do wglądu terapeuty.
7. Wiadomość o odwołaniu zajęć należy wysłać na numer telefonu bezpośrednio do terapeuty prowadzącego. Wiadomość mailowa w sprawie nieobecności nie jest akceptowana.
8. Wszystkie miesiące w roku poza okresem między 16 czerwca do 15 września (okres wakacyjny) będą rozliczane w powyższy sposób.
9. W okresie wakacyjnym klient może odwołać dwa zajęcia z pięciu bez ponoszenia kosztów.
10. Klient korzystający z terapii w systemie – raz na dwa tygodnie, nie ma możliwości bezpłatnego odwoływania zajęć.
11. Komunikacja z osobą zarządzającą sprawami finansowymi odbywa się wyłącznie drogą mailową na adres : centrum@integro.edu.pl
12. Aby otrzymać fakturę VAT należy zgłosić chęć otrzymywania faktury VAT oraz podać wraz z rozpoczęciem procesu diagnostycznego / terapeutycznego dane, na jakie ma zostać wystawiony faktura VAT.
13. Od 2020 (zgodnie z wymogami Urzędu Skarbowego) faktury VAT nie będą wystawiane w oparciu o paragony wystawione we wcześniejszych miesiącach jeśli nie będzie na nich widniał numer NIP odbiorcy faktury.
14. Faktury VAT mogą być wysyłane do Opiekuna drogą mailową, za zgodą wyrażoną na piśmie.
15. Paragony za wpłaty dokonane na rachunek bankowy INTEGRO podany w ust. 2 powyżej są drukowane w dniu zaksięgowania płatności i **gotowe do odbioru w biurze INTEGRO przez 30 dni od dnia wydruku.**
16. W przypadku odwołania lub nieprzeprowadzenia umówionych zajęć z przyczyn innych niż wina Opiekuna, wynagrodzenie uiszczone za dane zajęcia, zostanie zwrócone

Opiekunowi lub za jego zgodą przeznaczone na pokrycie wynagrodzenia za kolejne zajęcia. Zwrot płatności za Usługi wynikający z odstąpienia przez Opiekuna od umowy zostanie dokonany na identycznych zasadach.

17. W przypadku objęcia dziecka refundacją z przedszkola / szkoły i odwołania terapii przez Opiekuna, rozliczenie refundowanego wynagrodzenia wyliczane będzie tak, jakby wszystkie zajęcia w danym miesiącu się odbyły.

## **VI. ODPOWIEDZIALNOŚĆ INTEGRO**

1. Przed podpisaniem Regulaminu, Opiekun zostanie zapoznany z informacjami dotyczącymi poszczególnych zajęć oraz zaleceniami dotyczącymi zachowania Opiekuna w trakcie i po zajęciach.
2. Podpisując Regulamin, Opiekun oświadcza, że decyduje się na objęciu swojego dziecka opieką diagnostyczną / terapeutyczną w INTEGRO, jak również, że akceptuje przekazane zalecenia, zobowiązuje się ich przestrzegać i jest świadom, że ewentualne odstępstwa od zaleceń mogą zmniejszyć skuteczność zajęć lub zaszkodzić dziecku.
3. INTEGRO nie ponosi odpowiedzialności za nieprawidłowości, szkody lub krzywdy wynikające z niestosowania się przez Opiekuna do zaleceń lub ze złożenia przez niego fałszywych oświadczeń.
4. Odpowiedzialność INTEGRO obejmuje tylko realne i rzeczywiste szkody lub krzywdy wynikłe w związku z wykonywaniem Usług.

## **VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie stosunki prawne wynikające ze świadczenia Usług regulowane są przepisami prawa polskiego.
2. Wszelkie spory wynikłe w związku ze świadczeniem Usług będą rozstrzygane przez sąd właściwy wedle przepisów postępowania cywilnego.

## OŚWIADCZENIA OPIEKUNA

1. **Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka diagnozą i/lub opieką terapeutyczną w INTEGRO.**

.....  
(czytelny podpis rodzica)

2. **Oświadczam, że zapoznałem/am się z postanowieniami aktualnego Regulaminu oraz aktualnego Cennika, przyjmuję do wiadomości treści w nich zawarte i zobowiązuję się do ich przestrzegania.**

.....  
(czytelny podpis rodzica)

3. Czy wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie wystawianych przez INTEGRO faktur VAT drogą elektroniczną, na podany przez Państwa adres poczty elektronicznej?

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

.....  
(czytelny podpis rodzica)

4. Czy wyrażają Państwo zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących 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 rodzica)

5. Czy wyrażają Państwo zgodę na przetwarzanie danych osobowych swojego dziecka w postaci wizerunku utwalonego na nagraniach wykonanych w trakcie świadczonych przez INTEGRO usług diagnostycznych lub terapeutycznych, jako materiału poglądowego, na potrzeby konsultacji specjalistycznych pomiędzy poszczególnymi terapeutami INTEGRO, celem usunięcia zaistniałych wobec dziecka wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych?

wyrażam zgodę

nie wyrażam zgody

przyjmuję do wiadomości, iż mogę cofnąć wyrażoną zgodę w każdym momencie z zastrzeżeniem, iż cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....  
(czytelny podpis rodzica)