

## REGULAMIN UCZĘSZCZANIA NA ZAJĘCIA NEUROLOGOPEDYCZNE/KONTRAKT (obowiązuje od 1 września 2025 roku)

1. Prywatny Gabinet Neurologopedyczny Maria Petriczek świadczy zajęcia o charakterze terapeutyczno-edukacyjnym, według aktualnej oferty. Oferta dostępna jest w gabinecie i na stronie internetowej gabinetu.
2. Gabinet zastrzega sobie prawo do możliwości zamiany oferty w każdej chwili, w szczególności poprzez dodawanie lub rezygnowanie ze świadczenia wybranych zajęć, jak również poprzez wprowadzanie modyfikacji cen za wykonywane zajęcia.
3. Opiekun zobowiązany jest do przekazania wszelkich informacji dotyczących sytuacji zdrowotnej Dziecka, oraz takich, które mogą mieć wpływ na decyzję, co do możliwości przeprowadzenia z Dzieckiem zajęć. Opiekun jest zobowiązany do pisemnego (dokument papierowy lub mail) powiadomienia terapeuty o ew. przeciwwskazaniach do terapii, przyjmowanych lekach, alergiach i chorobach współwystępujących.
4. Konsultacje diagnostyczne oraz zajęcia terapeutyczne odbywają się w gabinecie mieszczącym się przy ul. Babinicza 1/5, 30-389 Kraków (METANOIA Centrum Dobrego Rozwoju). Zajęcia zaczynają się punktualnie o ustalonej porze. Rodzice/opiekunowie odpowiadają za bezpieczeństwo dziecka czekającego na zajęcia i po zakończonych zajęciach.
5. Opiekun zobowiązuje się do zapewnienia Dziecku na każdych zajęciach wygodnego, ubrania i obuwia zamiennego. Opiekun niniejszym przyjmuje do wiadomości, iż w trakcie zajęć terapeutycznych ubranie Dziecka może ulec zabrudzeniu farbami lub innego rodzaju materiałami. Gabinet nie ponosi odpowiedzialności za zniszczenie lub ubrudzenie ubrań i zamiennego obuwia.
6. Spóźnienie pacjenta na zajęcia nie powoduje ich przedłużenia. Spóźnienie terapeuty skutkuje przedłużeniem zajęć o czas spóźnienia w danym dniu lub na kolejnych zajęciach.
7. Rodzice/opiekunowie zobowiązują się odbierać dziecko niezwłocznie po zakończeniu zajęć terapeutycznych.
8. Zajęcia terapeutyczne odbywają się zgodnie z ustaloną cyklicznością, np. 1x w tygodniu, 2x w tygodniu. Ustalony termin zarezerwowany jest dla danego pacjenta, dlatego konieczne jest przestrzeganie systemu potwierdzania i odwoływania zajęć według poniższego regulaminu.
9. W przypadku niemożności przybycia na zajęcia należy powiadomić o tym prowadzącego telefonicznie, sms-em lub poprzez maila. Zajęcia można odwołać najpóźniej do godziny 16.00 w dniu poprzedzającym zajęcia bez ponoszenia kosztów. Odwołanie zajęć po tym terminie lub brak informacji o nieobecności dziecka zobowiązuje do pokrycia 100% kwoty należnej za zajęcia.
10. W sytuacji, gdy klient trzy razy z rzędu nie odwoła odpowiednio wcześniej wizyty, zarezerwowany przez niego cykliczny termin zostaje anulowany. Wyjątek stanowi dłuższa choroba/pobyt w szpitalu/turnus rehabilitacyjny, o czym rodzic poinformował terapeutę.
11. Zajęcia odwołane przez Klienta w odpowiednim terminie lub odwołane przez terapeutę z ważnych powodów, można odrobić w innym terminie uzgodnionym między Klientem a terapeutą.

12. Zajęcia neurologopedyczne prowadzone są w sposób bezpieczny, z wykorzystaniem ogólnie uznanych metod terapeutycznych. Podczas zajęć logopedycznych i neurologopedycznych mogą być wykonywane w celach terapeutycznych manipulacje zewnętrzne i wewnętrzne w obrębie twarzoczaszki oraz innych części ciała w uzasadnionych przypadkach.
13. W celu zapewnienia skuteczności terapii wymagane jest systematyczne uczęszczanie na zajęcia oraz codzienna, systematyczna praca z dzieckiem w domu według zaleceń logopedy.
14. Opiekun zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń terapeuty dotyczących pracy i postępowania z Dzieckiem. Opiekun będzie także informowany o konieczności konsultacji lekarskich u specjalistów (np. lekarz laryngolog, neurolog, ortodonta, foniatra) wskazanych przez terapeutę. W przypadku niestosowania się do zaleceń terapeuty Gabinet nie bierze odpowiedzialności za efekty prowadzonej terapii.
15. Bezpośrednia obecność rodzica/opiekuna na zajęciach wymaga konsultacji z Terapeutą prowadzącym zajęcia, który w przypadkach uzasadnionych dobrem dziecka lub efektywnością zajęć może poprosić rodzica/opiekuna o opuszczenie zajęć.
16. W zakresie niezbędnym do prowadzenia terapii, Terapeuta może utrwalać za pomocą zapisu obrazu lub dźwięku przebieg wykonania Usługi. Przed zawarciem umowy Klient wyraża zgodę na utrwalanie przebiegu zajęć, w tym wizerunku Klienta i dziecka oraz gromadzenie danych osobowych w tym zakresie. Usługodawca udostępnia zapis Klientowi, a po jego wykorzystaniu niezwłocznie usuwa.
17. Usługodawca nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w związku ze świadczeniem Usługi, chyba że zostały wyrządzone z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa.
18. Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy.
19. Płatność za Usługi może nastąpić wyłącznie przelewem na rachunek bankowy Usługodawcy na nr konta: 79 1140 2004 0000 3702 8417 5521

W tytule przelewu należy umieścić: imię i nazwisko pacjenta oraz daty zajęć.

Wykluczone jest dokonanie płatności za Usługi w innej formie, w szczególności gotówką, czy płatności bezgotówkowej w siedzibie Usługodawcy.

21. Kolejne wizyty cykliczne (kontynuowanie terapii) opłacane są z góry za cały miesiąc zajęć terapeutycznych (w pakiecie 4 lub 5 zajęć) na podstawie wysłanego klientowi mailowo na początku miesiąca rozliczenia z wypisanymi wszystkimi terminami spotkań w danym miesiącu. Zajęcia powinny zostać opłacone przez klienta do 5 dnia danego miesiąca przelewem na konto bankowe. Nieopłacenie zajęć w terminie skutkuje zawieszeniem realizacji zajęć.
22. Na prośbę Opiekuna Gabinet wystawia faktury za terapię po dostarczeniu wszystkich niezbędnych do wystawienia faktury danych.
23. Klient – stosownie do art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – ma prawo odstąpić od Umowy o świadczenie Usług zawartej na odległość w terminie 14 dni od dnia jej zawarcia.

24. Prawo odstąpienia nie przysługuje Klientowi, jeżeli Usługodawca wykonał Usługę za wyraźną zgodą Klienta, który w procesie Rezerwacji został poinformowany, że po wykonaniu Usługi utraci prawo odstąpienia. Jeśli rozpoczęto wykonywanie Usługi przed upływem terminu z ust. 25, prawo odstąpienia nie przysługuje w zakresie, w jakim umowę wykonano.
25. W razie skutecznego złożenia przez Klienta oświadczenia o odstąpieniu, rezerwacja zostaje anulowana, zaś Usługodawca niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego oświadczenia, zwraca Klientowi płatność za Usługę, jeśli płatność została dokonana. Zwrot płatności następuje przy użyciu takiego samego sposobu zapłaty, jakiego użył Klient, chyba że Klient wyraźnie zgodził się na inny sposób zwrotu.
26. W przypadku Umów o świadczenie usług cyklicznych, Usługodawca i Klient mogą na mocy porozumienia stron, w szczególności, jeśli Terapeuta stwierdzi, że cele terapii zostały osiągnięte, rozwiązać umowę przed upływem terminu, na jaki została zawarta. Porozumienie w tej kwestii następuje przez obustronne złożenie oświadczenia o rozwiązaniu umowy w wiadomości e-mail.
27. W przypadku Umów o świadczenie usług cyklicznych, Klient ma prawo z ważnych powodów wypowiedzieć umowę ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie następuje poprzez złożenie oświadczenia na adres e-mail Usługodawcy, z podaniem powodów wypowiedzenia.
28. W przypadku Umów o świadczenie usług cyklicznych, Usługodawca zastrzega sobie prawo wypowiedzenia umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku rażącego naruszenia przez Klienta warunków określonych w niniejszym Regulaminie. Wypowiedzenie następuje poprzez złożenie oświadczenia na adres e-mail Klienta, z podaniem powodów wypowiedzenia.
29. Jeśli po rozwiązaniu, wypowiedzeniu lub odstąpieniu od Umowy o świadczenie Usług, pozostają nierozliczone Usługi, Usługodawca wzywa Klienta do uiszczenia płatności za nie, wiadomością na adres e-mail Klienta. Klient obowiązany jest do dokonania płatności w terminie 5 dni od dnia otrzymania wezwania.
30. Opiekun/rodzic dobrowolnie akceptuje wszystkie postanowienia regulaminu i zobowiązuje się ich przestrzegać.

.....

.....

Imię i Nazwisko dziecka

Imię i Nazwisko rodzica/opiekuna

nr telefonu rodzica:....., adres email rodzica:.....

.....

.....

data i podpis rodzica/opiekuna

data i podpis terapeuty

## KLAUZULA RODO

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka..... na potrzeby procesu diagnozy i terapii, organizacji procesu terapeutycznego, przesyłania materiałów terapeutycznych. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że mam wgląd do moich danych w celu ich zmiany oraz, że zgodę mogę w każdej chwili wycofać.

Data i podpis rodzica .....

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I RODO Zgodnie z rt. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. W sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U. UE. L. Z 2016 r. Nr119) informuję, iż: 1. Administratorem danych osobowych jest Maria Petriczek gabinet neurologopedyczny, 30 – 389 Kraków ul. Sidzińska 24A. 2. W przypadku pytań co do sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych, a także realizacji przysługujących uprawnień, należy skontaktować się z administratorem danych osobowych. Dane kontaktowe: Maria Petriczek, e-mail: [neurologopeda.kontakt@gmail.com](mailto:neurologopeda.kontakt@gmail.com) 3. Administrator danych osobowych przetwarza dane osobowe, w tym „dane wrażliwe”, na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz udzielonej w formie pisemnej zgody. W związku z ustawą RODO informuję, że: wszystkie dane przekazywane podczas zapisu klienta na diagnozę logopedyczną/neurologopedyczną, badanie przesiewowe, terapię logopedyczną/neurologopedyczną bądź zajęcia edukacyjne takie jak: imię, nazwisko, data urodzenia, adres, telefon kontaktowy oraz wszelką prowadzoną dokumentację z przebiegu spotkań, konsultacji specjalistycznych, rozmów indywidualnych, wyników badań i tym podobnych przechowuję w sposób całkowicie bezpieczny, uniemożliwiający dostanie się do nich osób trzecich oraz ich wykorzystanie w celach innych niż powyższe. przekazane mi przez Państwa dane poufne (imię, nazwisko, adres, numer telefonu, kserokopię dokumentacji medycznej i specjalistycznej) wykorzystuję wyłącznie do rzetelnego wykonywania usług oraz do informowania Państwa o przebiegu terapii, zajęć, planowanym spotkaniu, potrzebie dodatkowych konsultacji bądź do kontaktu telefonicznego, gdy jest on niezbędny w celu zmiany realizacji zajęć z jakichkolwiek powodów (konieczność zmiany terminu lub godziny spotkania, odwołanie spotkania, spóźnienia itp.). 4. W przypadku przetwarzania danych osobowych osoby poniżej 13r.ż., zgodę na ich przetwarzanie wyraża przedstawiciel ustawowy/prawny opiekun małoletniego. 5. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych następuje przed rozpoczęciem pierwszych zajęć. Podanie danych osobowych jest obligatoryjnym warunkiem rozpoczęcia zajęć. W przypadku odmowy podania niezbędnych danych osobowych, zajęcia nie odbędą się. 6. Dane osobowe przetwarzane i wykorzystywane będą wyłącznie w celu realizacji oferowanych usług logopedycznych i edukacyjnych, zawierania i realizacji umów, w tym także w celu realizacji płatności, rezerwacji zajęć, koordynacji grafiku zajęć na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. 7. Odbiorcami danych osobowych mogą być organy władzy publicznej oraz podmioty wykonujące zadania publiczne lub działające na zlecenie organów władzy publicznej, w zakresie i w celach, które wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa. 8. Dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów (pkt. 6), w sposób zapewniający odpowiednie ich bezpieczeństwo, w tym ochronę przed niedozwolonym lub niezgodnym z prawem przetwarzaniem oraz przypadkową utratą,

zniszczeniem lub uszkodzeniem, za pomocą odpowiednich środków technicznych lub organizacyjnych. 9. Po realizacji celów, dane osobowe będą przechowywane przez 1 rok, a następnie zostaną bezpowrotnie zniszczone. dane osób, które zakończyły terapię logopedyczną lub ją przerwały będą trwale usuwane po upływie 1 roku od daty ostatniego spotkania, do tego czasu mają Państwo prawo do uzyskania kserokopii pełnej dokumentacji prowadzonej w czasie trwania terapii. 10. W związku z przetwarzaniem danych osobowych, osobie której dane te dotyczą jak też jej przedstawicielowi ustawowemu/prawnemu opiekunowi przysługują następujące uprawnienia: a. prawo dostępu do danych osobowych oraz ich sprostowania (art. 15 i art. 16 RODO), b. prawo żądania usunięcia danych osobowych (tzw. prawo do bycia zapomnianym), w przypadku gdy (art. 17 ust. 1 RODO) c. prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych, w przypadku, gdy (art. 18 ust. 1 RODO): d. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych (art. 21 ust.1 RODO) oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, właściwego w sprawach ochrony danych osobowych – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (art. 77 ust. 1 RODO). e. prawo cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Przy czym cofnięcie takiej zgody nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, zgodnie z obowiązującym prawem (art. 7 ust. 3 RODO).

#### ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU DZIECKA

.....

(imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna)

Niniejszym oświadczam, że na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (t.j Dz. U. z 2019 r., poz. 1231)

wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody na rejestrowanie wizerunku mojego dziecka

..... (imię i nazwisko dziecka) podczas

zajęć logopedycznych organizowanych przez gabinet neurologopedyczny Maria Petriczek

oraz wykorzystanie tego wizerunku poprzez umieszczanie zdjęć/filmów na stronach internetowych, a także na profilach społecznościowych w celach informacji i promocji zajęć logopedycznych i gabinetu neurologopedy.

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego