**Regulamin Bonów Podarunkowych**

1. Właścicielem Bonu Podarunkowego (zabiegowego) jest firma: Centrum Medyczne OMEGA, ul. Jagiellońska 70, 25-734 Kielce, zwana dalej Organizatorem.
2. Bony Podarunkowe upoważniają Okaziciela do skorzystania jednego z 4 pakietów zabiegów oferowanych w CM OMEGA zgodnie z wartością posiadanego bonu.
3. Bon Podarunkowy, opłacający wybiera z 4 pakietów zabiegowych: czerwony, żółty, zielony oraz niebieski. Zakres dostępny: <http://www.omega.kielce.pl/uslugi-medyczne/rehabilitacja/>
4. Wydanie Bonu następuje po opłaceniu w rejestracji CM OMEGA w dniu umawiania terminu realizacji Bonu Podarunkowego. Istnieje możliwość płatności gotówką lub kartą płatniczą. Dokument sprzedaży wydawany jest w momencie nabycia Bonu Podarunkowego.
5. Posiadacz bonu zobowiązany jest do wcześniejszej rezerwacji terminu wizyty – rezerwacja odbywa się telefonicznie lub osobiście w gabinecie rehabilitacyjnym.
6. Realizacja Bonów Podarunkowych odbywa się w Centrum Medycznym OMEGA   
   w Galerii Echo poziom 2+, na ul. Świętokrzyskiej 20.
7. Osobą odpowiedzialną za ustalenie terminu realizacji bonu jest p. Agnieszka Hajdenrajch.
8. W sytuacji, gdy obdarowany zapisze się na zabiegi i nie zgłosi się, wizyta przepada.
9. Termin zabiegu można przełożyć zgłaszając swoją nieobecność minimum 1 dzień przed umówionym spotkaniem.
10. W przypadku, gdy stan zdrowia obdarowanego uniemożliwi wykonanie zabiegu,   
    w porozumieniu z pacjentem zabieg może zostać zamieniony na inny.
11. Niewykorzystanie Bonu Podarunkowego, zgodnie z terminem określonym w treści dokumentu podarunkowego, jest równoznaczne z utratą ważności Bonu Podarunkowego i nie stanowi podstawy do wystąpienia jego posiadacza wobec Organizatora z roszczeniami w tym zakresie.
12. Bon nie podlega wymianie na środki pieniężne (gotówkę) w całości lub w części oraz nie może zostać zwrócony Organizatorowi.
13. Istnieje możliwość dopłaty do posiadanego Bonu, jeśli osoba Obdarowana chce skorzystać z usług, których wartość przewyższa wartość Bonu.
14. Usługa zostanie wykonana wyłącznie po okazaniu ważnego Bonu Podarunkowego.
15. Kupujący Bon Podarunkowy jak również posiadacz Bonu Podarunkowego oświadcza, że zapoznał się z treścią niniejszego Regulaminu, akceptuje jego treść w całości   
    i zobowiązuje się przestrzegać jego zapisów. Zakup Bonu Podarunkowego stanowi potwierdzenie, że kupujący Bon Podarunkowy jak również posiadacz Bonu Podarunkowego akceptuje warunki zawarte w niniejszym regulaminie.

|  |
| --- |
| **Bon Podarunkowy**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **serdecznie zaprasza** |
| **Sz. P. ………………………………………**  **na zabiegi rehabilitacyjne**  **pakiet czerwony**  **……………masaż – 10 zabiegów……………**  **………………prądy Traeberta – 10 zabiegów……………**  **……………laser – 10 zabiegów……………..** |
| **W celu uzgodnienia terminu prosimy o wcześniejszą rejestrację  w gabinecie rehabilitacyjnym.**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **Galeria Echo poziom 2+**  **Ul. Świętokrzyska 20, Kielce**  **Tel. 41 366 31 21**  **Bon ważny do…………………………** |

|  |
| --- |
| **Bon Podarunkowy**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **serdecznie zaprasza** |
| **Sz. P. ………………………………………**  **na zabiegi rehabilitacyjne**  **pakiet żółty**  **……………masaż – 10 zabiegów……………**  **………………prądy Traeberta – 10 zabiegów……………**  **……………terapia manualna – 5 zabiegów……………..** |
| **W celu uzgodnienia terminu prosimy o wcześniejszą rejestrację  w gabinecie rehabilitacyjnym.**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **Galeria Echo poziom 2+**  **Ul. Świętokrzyska 20, Kielce**  **Tel. 41 366 31 21**  **Bon ważny do…………………………** |

|  |
| --- |
| **Bon Podarunkowy**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **Galeria Echo poziom 2+** |
| **serdecznie zaprasza**  **Sz. P. ………………………………………**  **na zabiegi rehabilitacyjne**  **pakiet zielony** |
| **Prosimy o wcześniejszą rejestrację  pod numerem 41 366 31 21**  **Bon ważny do…………………………** |

|  |
| --- |
| **Bon Podarunkowy**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **serdecznie zaprasza** |
| **Sz. P. ………………………………………**  **na zabiegi rehabilitacyjne**  **pakiet niebieski**  **……………masaż – 5 zabiegów……………**  **………………prądy Traeberta – 5 zabiegów……………**  **……………terapia manualna – 2 zabiegi………….** |
| **W celu uzgodnienia terminu prosimy o wcześniejszą rejestrację  w gabinecie rehabilitacyjnym.**  **Centrum Medyczne OMEGA**  **Galeria Echo poziom 2+**  **Ul. Świętokrzyska 20, Kielce**  **Tel. 41 366 31 21**  **Bon ważny do…………………………** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bony Podarunkowe Rehabilitacja**  **Rozmiar 14cm x 20 cm**  **- papier metaliczny**  **-satynowa wstążka szer 25mm**  **- biała koperta** | | | |
| **Cena jednego bonu** | **Ilość** | **Wysyłka** | **Razem** |
| **2,99** | **40** | **9,90** | **129,5** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |