

Reklamacja LUX MED

[Miejscowość], [data]

[Imię i nazwisko]

[Adres]

[Telefon / e-mail]

LUX MED sp. z o.o.

[Adres do korespondencji wskazany w umowie]

REKLAMACJA USŁUGI MEDYCZNEJ

[Numer umowy / karty pacjenta: [numer]]

Składam reklamację dotyczącą [wizyty / badania / zabiegu] z dnia [data], zrealizowanego w placówce [adres placówki].

[Opisz sprawę: świadczenie objęte abonamentem, za które pobrano dodatkową opłatę, przekroczony termin gwarantowany w umowie, odwołana wizyta bez zaproponowania terminu zastępczego, zastrzeżenia do sposobu wykonania świadczenia.]

Podstawa: nienależyte wykonanie zobowiązania (art. 471 Kodeksu cywilnego) oraz prawa pacjenta określone w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej oraz prawo do dokumentacji medycznej.

Wnoszę o

1. Rozpatrzenie sprawy i przedstawienie pisemnego stanowiska wraz z uzasadnieniem.
2. [Zwrot zapłaconej kwoty [kwota] zł / ponowne wykonanie świadczenia bez dodatkowej opłaty / pokrycie kosztów, które musiałem(-am) ponieść w innej placówce w kwocie [kwota] zł].
3. Udostępnienie kopii mojej dokumentacji medycznej dotyczącej opisanych świadczeń.

Wyznaczam termin 30 dni od dnia doręczenia niniejszego pisma na udzielenie odpowiedzi. Zwrot środków proszę przekazać na rachunek nr [numer rachunku].

Załączniki: dowód zapłaty, umowa albo potwierdzenie wizyty, dokumentacja medyczna, [opinia innego lekarza, zdjęcia].

[Podpis]

[Imię i nazwisko]