

Warunki programu Ambasador Pochwal się Lentivu®

1. Organizatorem niniejszego Programu jest Optegra Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-366) przy ul. Bitwy Warszawskiej 1920 r. nr 18, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS: 4971, kapitał zakładowy w wysokości 7.745.000 PLN, nr NIP: 9720927876, nr REGON: 631284256 (dalej: „Optegra”).
2. Niniejszy Program skierowany jest wyłącznie do osób spełniających wszystkie warunki zdefiniowane poniżej i obejmuje zobowiązanie Optegra do zwrotu 5% ceny zabiegu mikrosoczewkowej korekcji wzroku Lentivu zapłaconej na rzecz Optegra przez Pacjenta, który uzyskał tytuł Ambasadora Pochwal się Lentivu® - zgodnie z warunkami określonymi w Programie (dalej: „Program”), przy czym cena zabiegu, o której mowa powyżej nie obejmuje ceny wizyty kwalifikacyjnej i wizyt kontrolnych.
3. **Definicje:**
 - 3.1. **Ambasador Pochwal się Lentivu®** - osoba, która poddała się zabiegowi Mikrosoczewkowej Korekcji Wzroku Lentivu® w jednej z klinik Optegra w Polsce, zapłaciła cenę za zabieg oraz wypełniła warunki Programu określone poniżej, w szczególności wyraziła zgodę na dokonanie nagrania Filmu, o którym mowa w pkt. 5 poniżej.
 - 3.2. **Świadczenie Optegra:** kwota 5% ceny zabiegu Lentivu® zapłaconej przez Ambasadora Pochwal się Lentivu® na rzecz Optegra, przy czym cena zabiegu, o której mowa powyżej nie obejmuje ceny wizyty kwalifikacyjnej i wizyt kontrolnych.
4. Program dostępny w Klinikach: w Warszawie, Wrocławiu, Poznaniu i Szczecinie od dn. **5.02.2016r do dnia 31.03.2016r.**
5. Pacjent ubiegający się o tytuł: Ambasadora Pochwal się Lentivu®, po dokonanych zabiegu otrzymuje od Optegra film pokazujący ostatnie chwile przed zabiegiem Lentivu® oraz pierwsze chwile po tym zabiegu (dalej: „Film”). Warunkiem uzyskania w/w Filmu, jest uprzednie wyrażenie zgody, na piśmie na filmowanie Pacjenta tuż przed zabiegiem i bezpośrednio po zabiegu Lentivu® przez Optegra lub na zlecenie Optegra, a także na rozpowszechnianie przez Optegra wizerunku Pacjenta odwzorowanym w Filmie. Wzór zgody zawarty jest w załączniku 1.
6. Po otrzymaniu Filmu, o którym mowa powyżej, Pacjent ubiegający się o tytuł: Ambasador Pochwal się Lentivu® zobowiązany jest wykonać łącznie następujące działania:
 - 6.1. Umieścić Film wraz z jednoznacznie pozytywną opinią o Lentivu® na własnym profilu, na portalu społecznościowym: Facebook, a ponadto na portalu LinkedIn, Instagram, Snapchat lub Pinterest, przy czym Optegra wyraża zgodę na udostępnienie Filmu w powyższy sposób. Przy czym materiały te powinny być udostępnione, jako publiczne, co najmniej przez 30 dni od daty zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 7 poniżej, przy czym umieszczenie materiałów w ten sposób oznacza wyrażenie przez Pacjenta zgody na ich dalsze udostępnianie przez Optegra na profilach portali społecznościowych w Internecie administrowanych przez Optegra lub w inny, dowolny sposób.
 - 6.2. Udostępnić Film wraz z jednoznacznie pozytywną opinią o Lentivu® na Fan Page Zobacz Więcej - <https://www.facebook.com/Optegra.korekcja.wzroku/>
7. Aby skorzystać z programu Ambasador Pochwal się Lentivu®, Pacjent, który poddał się zabiegowi w danej Klinice w terminie wskazanym zgodnie z pkt. 4 powyżej, zobowiązany jest zwrócić się z odpowiednim zgłoszeniem do Optegra, nie później, niż w ciągu 14 dni od daty otrzymania Filmu. Wzór Zgłoszenia do programu Ambasador Pochwal się Lentivu®, zawarty jest w Załączniku nr 2.
8. Zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 7 można dokonać: drogą elektroniczną na adres pocgwalsie@optegra.com.pl lub wysyłając na adres Optegra Polska Sp. z o.o., ul. Bitwy warszawskiej 1920r nr 18, 02-366 Warszawa z dopiskiem „Ambasador Lentivu” lub dostarczyć osobiście w recepcji Kliniki Optegra.
9. Zgłoszenie (Wzór zgłoszenia – Załącznik nr 2) o którym mowa w pkt. 7 powinno zawierać, co najmniej następujące informacje:

- 9.1. Wskazanie postu na portalu społecznościowym, na którym Pacjent ubiegający się o tytuł: Ambasador Pochwal się Lentivu® zamieścił wymagane materiały, o których mowa w pkt. 5 (link do profilu na którym zamieszczono materiały)
- 9.2. Dane osobowe Pacjenta: imię, nazwisko, PESEL
- 9.3. Numer telefonu kontaktowego (komórka) oraz kontaktowy adres email Pacjenta
10. 30 dni po zabiegu, Pacjent w recepcji pozostawia oryginał paragonu za zabieg Lentivu, w celu wystawienia korekty oraz dokonania zwrotu 5% zapłaconej wcześniej ceny zabiegu.
11. Optegra zastrzega sobie prawo sprawdzenia informacji, o których mowa w pkt. 9 i w przypadku nieodnalezienia tego materiału lub niespełnienia innych warunków wskazanych w pkt. 6 powyżej – odmowy przyznania Pacjentowi tytułu: Ambasadora Pochwal się Lentivu®, co jest równoznaczne z wygaśnięciem zobowiązania Optegra o którym mowa w pkt. 2. powyżej.
12. Po upływie 30 dni, od dnia w którym Pacjent dokonał zgłoszenia o którym mowa w pkt. 7 powyżej, o ile nie zachodzi przypadek wskazany w pkt. 10 powyżej, Optegra zobowiązana jest, bez zbędnej zwłoki, przyznać Pacjentowi tytuł Ambasadora Pochwal się Lentivu® i poinformować Pacjenta o tym fakcie emailem wysłanym na adres email podany w przez Pacjenta zgłoszeniu, o którym mowa w pkt. 7 powyżej..
13. Warunki programu Ambasador Pochwal się Lentivu® nie łączą się z innymi programami lojalnościowymi, rabatowymi z wyjątkiem „Promocji na start”, chyba że Optegra postanowi inaczej.
14. Wszelkie reklamacje i zastrzeżenia dotyczące przebiegu Programu mogą być składane przez Pacjentów w formie pisemnej na adres siedziby Optegra. Reklamacja powinna zawierać żądanie określonego zachowania się przez Optegra. Złożone reklamacje będą rozpatrywane przez Optegra niezwłocznie, jednakże nie później niż w terminie 14 dni od daty otrzymania reklamacji. Przy rozpoznawaniu reklamacji Optegra opiera się na treści niniejszych Warunków oraz obowiązujących przepisach prawa. Pacjent, który nie wniósł reklamacji na wyżej określonych zasadach lub którego reklamacja nie została uznana przez Optegra, może wystąpić z roszczeniem do właściwego sądu. Zainteresowani zostaną powiadomieni o sposobie rozpatrzenia reklamacji listem poleconym wysłanym najpóźniej w ciągu 7 dni od daty rozpatrzenia reklamacji.
15. Dla oceny praw i obowiązków Pacjenta i Optegra właściwe są Warunki Programu obowiązujące w dniu dokonania zgłoszenia o którym mowa w pkt. 7 powyżej. Warunki programu Ambasador Pochwal się Lentivu® mogą zostać zmienione przez Optegra w każdym czasie.
16. W przypadku zmiany warunków programu Ambasador Pochwal się Lentivu® przed dniem wejścia w życie zmienionych Warunków, zastosowanie mają postanowienia Warunków obowiązujących w dniu w którym Pacjent dokonał zgłoszenia, o którym mowa w pkt. 7 powyżej.
17. Optegra ma prawo zakończyć Program w każdej chwili bez podawania przyczyn. Wówczas Program zostanie zakończony z dniem umieszczenia przez Optegra informacji na stronie internetowej www.optegra.com.pl. Pacjent, który do tego czasu dokonał zgłoszenia o którym mowa w pkt. 7 powyżej, będzie mógł skorzystać z programu na zasadach określonych w Programie na dzień dokonania ww. zgłoszenia.
18. Warunki wchodzą w życie z dniem 5.02.2016r.

ZGODA PACJENTA NA FILMOWANIE

Niniejszym udzielam zgody na filmowanie mnie przez Optegra Polska sp. z o.o. (Optegra) lub inny podmiot wskazany przez Optegra w ostatnich chwilach przed zabiegiem Lentivu® oraz w pierwszych chwilach po przeprowadzonym zabiegu, w szczególności tak, aby utrwalona została moja reakcja na efekt zabiegu (dalej: Film).

Wobec faktu, że w Filmie wykorzystany będzie mój wizerunek oraz moje imię, a także wskazane zostanie miejsce nagrania Filmu, niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystanie Filmu lub jego fragmentów wybranych dowolnie przez Optegra, w szczególności Film w całości lub w części, może w dowolnym czasie, zostać zamieszczony przez Optegra lub w imieniu Optegra na profilach prowadzonych przez Optegra w mediach społecznościowych, np. „Zobacz więcej” na portalu Facebook lub w innych w innych miejscach w Internecie, w jakichkolwiek materiałach o charakterze promocyjnym – informacyjnym (ulotki, broszury, Newslettery, zaproszenia, plakaty, filmy, itp.), na co niniejszym wyrażam zgodę i oświadczam, że zgody tej nie cofnę.

Zakres powyższej zgody obejmuje wszelkie działania Optegra, w szczególności wprowadzanie Filmu do obrotu, rozpowszechnianie Filmu, jego zwielokrotnianie, a także wprowadzanie Filmu do pamięci komputera lub do Internetu, w całości lub w części wybranej przez Optegra, w dowolnym czasie w każdej z form, o których mowa. powyżej, każdą dostępną techniką, w tym w szczególności:

- a. utrwalania i/lub zwielokrotniania jakąkolwiek techniką, w tym m.in. drukiem, na kliszy fotograficznej, na taśmie magnetycznej, cyfrowo (w jakimkolwiek systemie i na jakimkolwiek nośniku),
- b. wprowadzania do obrotu, wprowadzania do pamięci komputera oraz do sieci komputerowej i/lub multimedialnej, w tym do Internetu,
- c. publicznego udostępniania i rozpowszechnianie w taki sposób, aby każdy mógł mieć do nich dostęp w miejscu i w czasie udostępniania i / lub w czasie przez siebie wybranym

Niniejsza zgoda udzielona została przeze mnie bezterminowo i nie jest ograniczona, co do terytorium.

Adres email, na który zostanie przesłany Film wraz z informacją o Programie Ambasador*:

Numer telefonu kontaktowego*: _____ -

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
data i podpis

ZGŁOSZENIE DO PROGRAMU AMBASADOR POCHWAŁ SIĘ LENTIVU®

Niniejszym wnioskuję o udział w Programie Ambasador Pochwał się Lentivu®. Podałem się
zabiegowi Lentivu® w dniu _____ w Klinice Optegra w _____, tj. w terminie
wskazanym przez Organizatora Programu, a zatem spełniłem jeden z warunków Regulaminu
uprawniających mnie do udziału w Programie.

Zapoznałam/em się z warunkami Programu oraz przekazuję następujące, prawidłowe dane w celu ich
realizacji:

IMIĘ i NAZWISKO:.....

PESEL:.....

PROFIL NA PORTALU SPOŁECZNOŚCIOWYM (MIN. FACEBOOK) -

LINKI:.....

.....

.....

.....

NUMER TELEFONU:.....

ADRES E-MAIL:.....

.....

data i podpis