

REGULAMIN ŚWIADCZENIA ZABIEGU „SECRET DUO”

§ 1

1. Niniejszy regulamin, zwany dalej „**Regulaminem**”, określa zasady skorzystania z zabiegu „SECRET DUO” (dalej jako: „**Zabieg**”), świadczonego przez PIASTOWSKA MEDIC WOLSZCZAK SPÓŁKA JAWNA (dalej jako: „**PIASTOWSKA MEDIC**”) w siedzibie PIASTOWSKA MEDIC wyłącznie przez osoby zatrudnione w PIASTOWSKA MEDIC oraz posiadające uprawnienia do wykonania Zabiegu.
2. Osoby korzystające z Zabiegu mają obowiązek zapoznania się z Regulaminem przed przystąpieniem do Zabiegu. Regulamin udostępniony jest na stronie PIASTOWSKA MEDIC pod adresem <https://piastowskamedic.pl/wp-content/uploads/2026/06/PIASTOWSKA-regulamin-zabiegu-SECRET-DUO-.pdf>
3. Warunkiem wykonania Zabiegu jest uprzednie zawarcie umowy na wykonanie zabiegu „SECRET DUO” z PIASTOWSKA MEDIC (dalej jako: „Umowa”) oraz wyrażenie pisemnej zgody na Zabieg. Oba dokumenty zostaną przedłożone w dniu wykonywania Zabiegu.
4. Skorzystanie z Zabiegu jest równoznaczne z zapoznaniem się i akceptacją postanowień Regulaminu.

§ 2

1. W przypadku wyrażenia przez osobę korzystającą z Zabiegu zgody na wykonanie oraz udostępnienie przez PIASTOWSKA MEDIC zdjęć efektów „przed i po” oraz w trakcie Zabiegu wykonanego dla PIASTOWSKA MEDIC oraz na udostępnienie jej wizerunku na stronie i portalach społecznościowych PIASTOWSKA MEDIC, osoba korzystająca z Zabiegu otrzyma rabat w wysokości 70% kwoty Zabiegu oraz darmowy zabieg PCA Skin podczas wizyty kontrolnej.
2. Zgoda wskazana w ust. 1 jest dobrowolna. Brak jej wyrażenia nie wpływa na możliwość skorzystania z Zabiegu.
3. W celu skorzystania z rabatu wskazanego w ust. 1 przedmiotowa zgoda musi być wyrażona w formie pisemnej.
4. Osoby, które nie wyraziły zgody określonej w ust. 1 są zobowiązane pokryć kwotę Zabiegu w pełnej wysokości.
5. Osoba korzystająca z rabatu zobowiązuje się do zgłoszenia na wizytę kontrolną w terminie wskazanym w Umowie.

§ 3

1. Z Zabiegu mogą skorzystać osoby, które nie korzystały z zabiegów radiofrekwencji mikroigłowej lub lasera erbowo-szklanego przez minimum rok.
2. PIASTOWSKA MEDIC oświadcza, iż przed Zabiegiem osoba korzystająca z Zabiegu zostanie poinformowana o:
 - a) rodzaju, technice i sposobie przeprowadzenia Zabiegu,
 - b) pochodzeniu i sposobie działania preparatów, które zostaną użyte do wykonania Zabiegu,
 - c) możliwych do osiągnięcia efektach Zabiegu w jego przypadku,
 - d) możliwych powikłaniach zabiegu,
 - e) czasie utrzymywania się osiągniętego rezultatu,
 - f) minimalnej ilości Zabiegów, których przeprowadzenie jest niezbędne do utrzymania osiągniętego efektu,
 - g) możliwości wystąpienia dolegliwości bólowych w trakcie Zabiegu lub po jego zakończeniu
3. Osoba korzystająca z Zabiegu jest świadoma, że nie da się przewidzieć lub zagwarantować oczekiwanych wyników Zabiegu.
4. PIASTOWSKA MEDIC informuje o przeciwwskazaniach do wykonania Zabiegu:
 - a) fotodermatoza i nadwrażliwość na światło,
 - b) stosowanie ziół światłouczulających,
 - c) opalenizna po ekspozycji na słońce (z obecnym odczynem posłonecznym lub widocznie zwiększonym zabarwieniem) lub zastosowaniu samoopalacza i kremów brązujących,
 - d) wypełniacze estetyczne, nici, toksyna botulinowa, zabiegu złuszczące i chirurgiczne w obszarze zabiegowym (co najmniej 4 tyg.),
 - e) ciąża i okres laktacji,
 - f) choroby autoimmunologiczne,
 - g) skłonność do keloidów,
 - h) zaburzenia gojenia się ran,
 - i) posiadanie rozrusznika serca lub innego aktywnego implantowanego metalowego urządzenia w obszarze leczenia,
 - j) choroby przewlekłe:
 - nowotwory i stany po leczeniu (do 5 lat),
 - choroby układu krzepnięcia (np. hemofilia, choroba von Willebrandta, anemia),
 - nieuregulowana cukrzyca,
 - epilepsja,
 - wszelkie zabiegi chirurgiczne w obszarze leczenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy,
 - stosowanie leków immunosupresyjnych,

- przyjmowanie leków przeciwkrzepliwych (antykoagulantów),
 - aktywne zakażenia skóry o etiologii bakteryjnej, wirusowej oraz grzybiczej,
 - tatuaż i makijaż permanentny w okolicy zabiegowej.
5. Szczegółowe informacje dot. Zabiegu, w tym zalecenia po Zabiegu dostępne są na stronie PIASTOWSKA MEDIC pod adresem: <https://piastowskamedic.pl/secret-duo/>.
 6. Osoba korzystająca z Zabiegu zostanie zapoznana z informacjami określonymi w ust. 5 przed samym Zabiegiem, z możliwością zadawania pytań.

§ 4

1. Skorzystać z Zabiegu mogą osoby pełnoletnie.
2. Dopuszcza się korzystanie z Zabiegu przez osoby niepełnoletnie, za pisemną zgodą ich opiekuna lub przedstawiciela ustawowego. Osoba wykonująca Zabieg jest uprawniona do odmowy świadczenia Zabiegu w przypadku braku takiej zgody.
3. O zakwalifikowaniu do Zabiegu decyduje konsultacja oraz indywidualna ocena osoby wykonującej Zabieg.
4. Osoba wykonująca Zabieg jest uprawniona do odmowy jego wykonania, w przypadku stwierdzenia, że osoba korzystająca z Zabiegu się do niego nie kwalifikuje. Decyzja podejmowana jest w oparciu o wiedzę oraz doświadczenie osoby wykonującej Zabieg.

§ 5

Dane osobowe osoby korzystającej z Zabiegu przetwarzane są zgodnie z treścią i w celach wskazanych w klauzuli informacyjnej, z którą osoba korzystająca z Zabiegu zapoznaje się podczas pierwszej wizyty.