ZGODA NA UDOSTĘPNIANIE FAKTUR W FORMIE ELEKTRONICZNEJ W PORTALU

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa
NIP: 5272523080

Klient

Nazwa firmy: .....

Adres siedziby: .....

NIP: .....

Działając jako osoba uprawniona po stronie Klienta, niniejszym wyrażam zgodę na wystawianie i udostępnianie Klientowi przez LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21c, 02-676 Warszawa, faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących w formie elektronicznej zgodnie z ustawą o podatku od towarów i usług (Dz.U. z dnia 11 marca 2004 r. Dz.U. 2022.931. z późn. zm.), przy czym udostępnianie następować będzie w Portalu, o którym mowa w Regulaminie dostępu do Portalu, i zgodnie z Regulaminem przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej.

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się i akceptuję w imieniu Klienta obowiązujący w LUX MED Regulamin przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej oraz Regulamin dostępu do Portalu, co w szczególności oznacza, że akceptuję następujące postanowienia:

1. doręczenie faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących następuje z dniem ich udostępnienia w Portalu,
2. udostępnianie faktur elektronicznych w Portalu dotyczy zarówno faktur za świadczenia rozliczane w sposób zryczałtowany (rozliczenia abonamentowe), jak i faktur wystawianych za usługi FFS (płatne za wykonane usługi medyczne),
3. LUX MED rozpocznie udostępnianie faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących w formie elektronicznej począwszy od kolejnego Okresu Rozliczeniowego Umowy następującego po dniu, w którym LUX MED otrzymał poprawnie wypełnioną i podpisaną niniejszą zgodę;
4. niniejsza zgoda skutkuje zmianą umów na świadczenia zdrowotne zawarte z LUX MED w zakresie dotyczącym sposobu wystawiania i doręczenia faktur, duplikatów faktur oraz faktur korygujących.

Wyrażam również zgodę na wystawianie przez LUX MED faktur, faktur korygujących i duplikatów faktur w formie papierowej w okolicznościach opisanych w Regulaminie przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej.

Oświadczam, iż zostałem poinformowany, że niniejsza zgoda może zostać wycofana powodując tym samym utratę prawa przez LUX MED do wystawienia faktur Klienta w formie elektronicznej i udostępniania ich w Portalu na warunkach określonych w Regulaminie przesyłania i udostępniania faktur w formie elektronicznej.

.....	.....	.....
data	*miejscowość*	*czytelny podpis Klienta/ Pieczęć imienna*

Formularz zgody należy wypełnić i podpisać (własnoręcznie lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym), a następnie przesłać mailowo na adres: dok_zmianaumowy@luxmed.pl lub tradycyjnie na adres: LUX MED Sp. z o.o., Departament Obsługi Klienta, ul. Postępu 21 c; 02-676 Warszawa (wersja mailowa dokumentu jest wystarczająca).