

**Δρ. Ρενάτα Μίχα | Κλινική Διαιτολόγος – Διατροφολόγος**

**Λεωφ. Αλεξάνδρας 192B, Αθήνα 11521 | +30 212 1069 100 | [info@foodforhealth.gr](mailto:info@foodforhealth.gr)**

**Όροι χρήσης για το μηνιαίο πρόγραμμα διατροφής:**

- ✓ Το μηνιαίο πρόγραμμα διατροφής περιλαμβάνει 4 συνεδρίες με λιπομετρήσεις που λήγουν σε διάστημα 30 ημερών όπως παρουσιάζονται αναλυτικά [εδώ](#). Δεν περιλαμβάνει την πρώτη συνεδρία.
- ✓ Το μηνιαίο πρόγραμμα διατροφής προπληρώνεται ή μπορεί να εξοφληθεί σε 2 ισόποσες δόσεις (στις 2 πρώτες συνεδρίες) μετά από συνεννόηση.
- ✓ Δεν πραγματοποιούνται επιστροφές χρημάτων.
- ✓ Το πρόγραμμα χρησιμοποιείται από ένα και μόνο φυσικό πρόσωπο και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από άλλο.
- ✓ Ο χρόνος λήξης του προγράμματος, είτε πραγματοποιηθούν οι συνεδρίες είτε όχι, είναι 30 ημέρες και δεν υπάρχει δυνατότητα παράτασης εξαιρουμένων των περιπτώσεων ανωτέρας βίας.
- ✓ Οι ακυρώσεις/αλλαγές των ραντεβού πρέπει να γίνονται τουλάχιστον 24 ώρες πριν την προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού, με τηλεφωνική επικοινωνία στο 212 1069 100 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση [info@foodforhealth.gr](mailto:info@foodforhealth.gr) και να επιβεβαιωθεί από τη γραμματεία, διαφορετικά το ραντεβού χρεώνεται κανονικά εξαιρουμένων των περιπτώσεων ανωτέρας βίας.
- ✓ Οι συνεδρίες μπορούν να πραγματοποιηθούν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια των ημερών και ωρών λειτουργίας του γραφείου και στις ώρες που υπάρχει διαθεσιμότητα.
- ✓ Οι συνεδρίες πραγματοποιούνται δια ζώσης στο Πρότυπο Διαιτολογικό Κέντρο Food for Health ή απομακρυσμένα μέσω ηλεκτρονικής πλατφόρμας ή τηλεφωνικά.

Έχω διαβάσει και αποδέχομαι τους παραπάνω όρους χρήσης του μηνιαίου προγράμματος διατροφής.

Αντιλαμβάνομαι ότι το μηνιαίο πρόγραμμα διατροφής παρέχει έκπτωση σε σχέση με την πληρωμή ανά συνεδρία, αλλά περιλαμβάνει και τις δεσμεύσεις που αναφέρονται ανωτέρω και τις οποίες αποδέχομαι πλήρως.

Ημερομηνία έναρξης: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ημερομηνία λήξης: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Κόστος πακέτου: \_\_\_\_\_

Παρατηρήσεις: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Στοιχεία Πελάτη:

Όνομα και επώνυμο: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Πρότυπο Διαιτολογικό Κέντρο Food for Health:

Όνομα και επώνυμο: \_\_\_\_\_

Υπογραφή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία υπογραφής: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_