|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | УТВЕРЖДАЮ: | |  | |  |  | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |
| Директор ООО «Зелёное яблоко» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Колесников А.А.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |
| Положение «О порядке оплаты стоматологических услуг  в Обществе с ограниченной ответственностью «Зеленое яблоко»» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |
| **ВВЕДЕНИЕ** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Настоящее положение определяет порядок расчетов за стоматологические услуги. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Положение является обязательным для исполнения со стороны сотрудников стоматологического центра. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Положение вступает в действие с момента утверждения директором | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Клиника - это ООО «Зелёное яблоко», заключившее с пациентом договор на оказание платных стоматологических услуг. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Пациент-это физическое лицо, обратившееся за стоматологическими услугами в клинику. | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО, ХИРУРГИЧЕСКОГО, ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Оплата терапевтического, хирургического и пародонтологического лечения производится на основании счета, выписываемого на имя пациента. Сумма оплаты равна сумме выставленного счета за фактически выполненный объем работ. Оплата проводится пациентом в день выставления счета. | | | | | | | | | | | |  |
|  | В случае превышения суммы оплаты суммы выставленного счета, разница заносится в качестве предоплаты за последующие лечения (по желанию пациента). Возврат не использованной суммы производится по письменному заявления пациента на имя директора. Возврат выполняется в течение 2 банковских дней с даты подачи заявления. | | | | | | | | | | | |  |
|  | В случае суммы оплаты меньше суммы выставленного счета образуется задолженность за выполненные услуги. Сумма задолженности должна быть оплачена пациентом не позднее 3-х рабочих дней с даты выставления счета. | | | | | | | | | | | |  |
| **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ** | | | | | | | |  | |
|  | Оплата ортопедического лечения производится на основании счета, выписываемого на имя пациента. | | | | | | | | | | | |  |
|  | Для всех ортопедических работ оплата составляет 100% в день снятия слепков. В случае не полной оплаты Исполнитель имеет право приостановить передачу ортопедической работы для изготовления в зуботехнической лаборатории до момента поступления полной оплаты. Сроки исполнения работ будут скорректированы. | | | | | | | | | | | |  |
|  | В случае отказа от ортопедической работы после передачи её в лабораторию на изготовление, удерживается сумма 60% от стоимости выставленного счета. | | | | | | | | | | | |  |
| **ПОРЯДОК ОПЛАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИМПЛАНТАНТОВ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Порядок и стоимость оплаты определяются индивидуальным договором на хирургическое стоматологическое лечение с использованием имплантатов. | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | | | | | | | |  | | |  |  |  |  |  |