Общество с ограниченной ответственностью
«Центр современной стоматологии доктора Лоншакова»
625023, ГОРОД ТЮМЕНЬ, УЛИЦА 50 ЛЕТ ОКТЯБРЯ, ДОМ 57В, ПОМЕЩЕНИЕ 4
Тел. +7(3452)667266 ИНН 7203475683, ОГРН 1197232008104

Условия возврата предоплаты пациентов.

На консультации с любым специалистом нашей клиники для каждого пациента разрабатывается индивидуальный план лечения. При его составлении врач/куратор учитывает клиническую картину и финансовые возможности пациента — чтобы подобрать оптимальные по эффективности и стоимости решения.

Для удобства расчётов каждому пациенту при оформлении медицинской карты присваивается персональный лицевой счёт. На него можно внести денежные средства — они будут использованы для оплаты плана лечения. Лицевой счёт виден только в медицинской карте пациента; в нём отражаются все поступления и списания.

Если в процессе лечения возникают особые ситуации, либо после завершения лечения остаются неиспользованные средства, пациент вправе запросить возврат денег со своего лицевого счёта. Сообщить о решении вернуть денежные средства можно по единому номеру 70-66-70 или при личном визите в клинику.

После того как Вы сообщили о решении вернуть денежные средства – ожидайте звонок от администратора для получения дальнейшей информации.

Для оформления возврата денежных средств необходимо заполнить несколько заявлений:

1. Информирование о ситуации https://docs.google.com/document/d/1Swqx9vzBsJGBWuVn5ejih_81F33-JcPj/edit

Вы предлагаете

Уважаемые пациенты!

Мы считаем главным показателем качества нашей работы - количество пациентов, с которыми выстроены длительные отношения, основанные на честности, профессионализме, доверии к нам.

Если у Вас возникли вопросы, предложения либо недопонимание с сотрудниками клиники, напишите нам, и руководство клиники в кратчайшие сроки свяжется с Вами.

ИНФОРМИРОВАНИЕ О СИТУАЦИИ

Я, _____
являясь пациентом клиники на основании договора № _____ от _____
хотел(а) бы известить руководство клиники о следующей возникшей ситуации, касающейся моего лечения:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Мне хотелось бы: (напишите, пожалуйста, каких действий со стороны клиники вы ждете: ответа на вопрос, разъяснения ситуации, встречи с руководителем для переговоров, решения финансового вопроса и т.д.) _____
_____
_____
_____

Со своей стороны могу сказать, что выполнял (а) добросовестно свои обязательства по договору с клиникой, в частности [обведите в кружок]:

да	нет	Своевременно проходил(а) профилактические осмотры
да	нет	Своевременной согласно графику проходил(а) профессиональную гигиену полости рта
да	нет	Своевременно оплачивал(а) все приемы
да	нет	Выполнял(а) все данные мне врачами рекомендации для достижения и сохранения лечебных результатов

Телефон. по которому можно со мной связаться:
Дата составления сообщения:

Информированное сообщение принято у меня администратором «___» _____ 20__г.

Копию получил _____

(подпись ФИО пациента, законного представителя)

2. Заявление на возврат денежных средств https://docs.google.com/document/d/1R74tGKQXwPKF2QIG_tBvooHGp5BwaYLz/edit

Общество с ограниченной ответственностью
«Центр современной стоматологии доктора Лоншакова»
625023, ГОРОД ТЮМЕНЬ, УЛИЦА 50 ЛЕТ ОКТЯБРЯ, ДОМ 57Б, ПОМЕЩЕНИЕ 4
Тел. +7(3452)70-66-70 ИНН 7203475683, ОГРН 1197232008104

Директору
ООО «ЦЕНТР СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ДОКТОРА ЛОНШАКОВА»
Лоншакову С.П.

_____
(Ф.И.О. полностью в родительном падеже)
_____
Адрес по прописке регистрации
_____
Паспортные данные: серия, номер,
_____
когда и кем выдан
_____
Телефон

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВОЗВРАТЕ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ

Я,_____,
Ф.И.О
прошу возвратить мне денежные средства по договору №_____ от "____" _____ 202__г. в сумме (прописью) _____
_____
_____

уплаченные за (указать основания оплаты)
_____

в связи с (указать причину возврата) _____
_____
_____

Реквизиты банковского счета:
Получатель: _____
Р/С: _____
Корр.сч.: _____
БИК: _____
КПП: _____
Банк получателя: _____

Кассовый чек №_____ от «____» _____ 20___ г.

«__» _____ 20___ года _____/_____
Подпись / Расшифровка

3. Данные документы заполняются в 2 экземплярах и передаются через администратора – руководителю.
4. Срок рассмотрения заявлений до 14 дней.
5. По возврату денежных средств ожидайте звонок от администратора/руководителя, для приглашению в клинику.
6. Возврат денежных средств Вам поступает тем же способом, которым вы производили оплату, после положительного решения, в течение 3-х рабочих дней.