

Общество с ограниченной ответственностью «Эпл Дент», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Корневой Лидии Алексеевны, действующего на основании Устава, с одной стороны, и гражданин(-ка) _____, именуемый(-ая) в дальнейшем «Пациент», с другой стороны, подписали настоящее дополнительное соглашение о нижеследующем:

1. Предметом Дополнительного соглашения является проведение Исполнителем диагностики и стоматологического лечения с применением дентальных имплантатов, которое оплачивает Пациент.
2. Исполнитель обязуется провести стоматологическое лечение с опорой на дентальные имплантаты в соответствии с планом лечения *от* _____, составленным врачом – имплантологом и ортопедом.
3. Стоматологическое лечение состоит из двух частей – хирургическая часть и протезирование.
4. Пациент обязуется:
 - 4.1. точно соблюдать и выполнять все предписания и рекомендации своего лечащего врача, обеспечивать необходимый уровень гигиены полости рта и правил пользования зубными протезами, а также проходить процедуру профилактической гигиены рта в клинике Исполнителя не реже одного раза в шесть месяцев.
 - 4.2. принимать необходимые медикаментозные средства, назначенные лечащим врачом Исполнителя (антибиотики, противовоспалительные и пр.) в послеоперационный период, с целью предотвращения возникновения осложнений.
 - 4.3. в случае имеющихся системных заболеваний, иммунодефицитных и аллергических состояний и таких болезней как сахарный диабет или остеопороз, а также в случае приема сильнодействующих лекарственных препаратов, угнетающих иммунитет, Пациент обязуется предупредить Исполнителя до начала лечения.
5. В случае неудачного исхода хирургической части лечения с использованием дентальных имплантатов. Исполнитель предоставляет Пациенту возможность повторной установки имплантатов без взимания с него дополнительной платы, за установку дентальных имплантатов. Данные обязательства не действительны в случае несоблюдения Пациентом послеоперационных рекомендаций лечащего врача, ограничений по курению и нерегулярного гигиенического ухода.
6. До проведения первого хирургического этапа Пациент вносит предварительный платеж в размере стоимости проведения дентальной имплантации с дальнейшим протезированием на установленных имплантатах в клинике Исполнителя.
 - 6.1. В день проведения хирургического этапа по установлению дентальных

имплантатов оплачивает стоимость первого этапа путем списания средств с авансового платежа. Остаток средств авансового платежа Пациента зачисляется в счет оплаты дальнейшего лечения.

6.2. Второй хирургический этап, а именно установка формирователей десны, оплачивается Пациентом не позднее дня проведения манипуляции.

6.3. Стороны соглашаются о предоплате перед началом протезирования. Пациент вносит 50% от стоимости данного этапа и 50% оплачивает не позднее дня постоянной фиксации ортопедической конструкции в полости рта.

6.4. В случае проведения дополнительного стоматологического лечения в клинике Исполнителя, Пациент оплачивает данное лечение по общему прейскуранту не позднее дня проведения, за исключением лечения указанного в п.2 настоящего Дополнительного соглашения.

7. Исполнитель дает годовую гарантию на установленную ортопедическую конструкцию с опорой на дентальные имплантаты, с момента внесения сведений о проведенной манипуляции в медицинскую карту пациента.

8. Настоящее Дополнительное соглашение вступает в силу со дня подписания и действует в течение всего срока лечения Пациента, гарантийного срока и оформляется в 2-х экземплярах.

9. Дополнительное соглашение является неотъемлемой частью настоящего Договора.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

Потребитель(Пациент)

Общество с ограниченной
ответственностью «Эпл Дент»
Юридический адрес: 119261, г. Москва,
Ленинский проспект, д. 72/2, помещение
LVI
Фактический адрес: 119261, г. Москва,
Ленинский проспект, д. 72/2, помещение
LVI
ОГРН 1137746046261
ИНН 7736654534
КПП 773601001
Р/с 40702810627030000369 в
Филиал "ЦЕНТРАЛЬНЫЙ" Банка
ВТБ ПАО Г.МОСКВА
к/с 30101810145250000411
БИК 044525411

Ф.И.О. _____

Адрес: _____

**Контактный
телефон:** _____

Генеральный директор:

Подпись пациента:

_____/Корнева Л.А.

_____/

М.П.