



REGULAMIN

ART DENTAL I.WOJTOWICZ I M.WOJTOWICZ,
Ul. Łabędzia 37/2 05-500 Piaseczno NIP:123106354

1. Godzina pracy nie zawsze jest godziną przyjęcia, bardzo prosimy o wyrozumiałość w sprawie opóźnień.
2. Prosimy o zachowanie spokoju i niezakłócanie pracy personelu medycznego.
3. Pacjent zobowiązany jest potwierdzić swoją tożsamość poprzez okazanie dowodu osobistego bądź innego dokumentu.
4. Pacjent zobowiązany jest odwołać wizytę osobiście, telefonicznie lub SMS najpóźniej dzień przed omówioną wizytą.
5. W przypadku braku kontaktu z pacjentem, do godziny **17:00** dnia poprzedzającego dzień wizyty, wizyta może zostać anulowana.
6. W przypadku potwierdzenia i nie przybycia na wizytę pacjent ponosi opłatę w wysokości **200 zł** doliczaną przy następczej wizycie.
7. Rodzice i opiekunowie odpowiadają prawnie i materialnie za szkody wyrządzone przez dzieci.
8. Leczenie pacjenta poniżej 16 r.ż wymaga zgody rodzica lub opiekuna ustawowego. Dzieci poniżej 16r.ż mają obowiązek przebywania na terenie placówki pod opieką osoby dorosłej, która odpowiada prawnie i materialnie za nieletniego pacjenta.
9. Personel nie odpowiada za rzeczy pozostawione w poczekalni i łazience.
10. Prosimy o stosowanie się do zaleceń personelu dotyczących zasad higieny oraz BHP.
11. Celem wizyty endodontycznej poprosimy o wpłatę zadatku w wysokości **200 zł** – wliczonej w koszty wizyty – w przypadku nieobecności na wizycie zadatek przepada.
12. Celem wizyty implantologicznej oraz protetycznej poprosimy o wpłatę zadatku **w wysokości ustalonej przez lekarza implantologa lub protetyka**, na odbytej konsultacji implantologicznej lub protetycznej. Zadatek wliczany jest w koszt kolejnej wizyty – w przypadku nieobecności na wizycie zadatek przepada.

Piaseczno, dn.3.06.2024r