

PROTOKOL

MADDE 1 - PROTOKOL TARAFLARI

1.1 ÖZEL SUDA DİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ
Adres: Volkan inşaat, Ferhatpaşa, Atatürk Cd. No:78/B, 34540 Çatalca/İstanbul
İletişim: 0535 988 51 70
E-posta: sudadispoliklinigi@gmail.com
İle diğer taraf olan;

1.2 İlgili Taraf: TES-İŞ SENDİKASI İST. 2 NOLU ŞUBE
Adres: Büyükdere cd. Defne apt. no:56 kat:2 D.6 Mecidiyeköy Şişli İST.
İletişim: 0212 275 72 30

MADDE 2 - TANIMLAR

İşbu protokol metni içerisinde;

- 2.1 ÖZEL SUDA DİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ olarak
2.2 TES-İŞ SENDİKASI İST. 2 NOLU ŞUBE kısaca KURUM olarak,
2.3 ÖZEL SUDA DİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ ve KURUM kısaca TARAFLAR olarak,
2.4 İşbu indirim protokolü kısaca PROTOKOL olarak anılacaktır.

MADDE 3 - AMAÇ VE KAPSAM

Taraflar arasında yapılan işbu anlaşma ile TES-İŞ SENDİKASI İST. 1, 2 ve 3 Nolu üyelerine ve 1. derece yakınlarına uygulanacak indirim esasları belirlenmektedir. SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) anlaşmamız yoktur.

MADDE 4 - PROTOKOLÜN KONUSU

- 4.1 Protokolün konusunu protokolde belirtilen kapsam ve kurallar dâhilinde POLİKLİNİK tarafından sunulacak hizmetlerden indirim yapılmasına ilişkin usul ve esaslar ile taraflar arasındaki karşılıklı hak ve mükellefiyetlerin düzenlenmesi oluşturmaktadır.
4.2 İşbu protokol kapsamında indirimden yararlanabilecek kişiler, TES-İŞ SENDİKASI İST. 1,2 ve 3 NOLU Üyelerinin ve bu kişilerin 1. derece yakınları (Anne, Baba, Eş ve Çocuk) olarak belirlenmiştir.
4.3 Protokol KURUM çalışanları ve birinci derece yakınlarının, ismi ve kimlik kartı ile kendisini tanıtarak diş sağlığı ile ilgili sorunlarını POLİKLİNİK'te teşhis ve tedavi edilmeleri, tedavi sonrasında yapılacak işlemler ile uygulama esaslarının belirlenmesi ve ödeme şartlarının düzenlenmesini içerir.

*BU PROTOKOL ÖZEL SUDA DİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ İÇİN GEÇERLİDİR.

§

SUDADENT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
POLİKLİNİĞİ TİC. LTD. ŞTİ.
Ferhatpaşa Mah. Atatürk Cad.
No:78B Çatalca / İSTANBUL
Büyüçekmece VD:7821397258



MADDE 5 - TARAFLARIN HAK VE YÜKÜMLÜLÜKLERİ

POLİKLİNİK'in Hak ve Yükümlülükleri; 5.1.1 POLİKLİNİK, vereceği hizmetleri profesyonel bir sağlık kuruluşu olmasının gerektirdiği sorumluluklar içerisinde, bu konudaki tüm tıbbi kurallara ve mevzuat standartlarına harfiyen riayet ederek yerine getirecek ve ayrıca bu hizmetleri en güvenilir biçimde, zamanında ve eksiksiz yerine getirmek için gayret gösterecektir.

5.1.2 POLİKLİNİK, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik ilgili tüm mevzuata ve kurallara uygun olarak yerine getirmek için gerekli tüm izin ve lisanslara sahiptir ve sahip olmayı sürdürecektir.

5.1.3 POLİKLİNİK, kendisine hizmet talebinde bulunan **TES-İŞ SENDİKASI 1,2 ve 3 NOLU şube üyeleri** ve 1. derece yakınlarına, anılan kurum çalışanı veya 1. derece yakını olduğunu gösteren çalışan kartıyla birlikte resmi kimlik belgesine de bakmak suretiyle kişileri teşhis eder.

5.1.4 POLİKLİNİK, hastalara sunduğu hizmetlerine karşılık hastadan nakit veya kredi kartı ile ödeme talep eder. **Kurum üyesi** veya 1. derece yakını olduğu tanzim edilen çalışan kartı ve resmi kimlik belgesi ile birlikte belgeleyen kart sahibi protokolde tanımlı indirimden yararlanır. **Kurum üyesi** veya 1. derece yakını olduğunu gösteren çalışan kartını ve resmi kimlik belgesini birlikte ibraz edemeyenler, fatura bedellerini işbu protokol kapsamı dışında tutularak POLİKLİNİK'e liste fiyatı üzerinden nakden veya kredi kartı ile öderler.

5.1.5 Tüm ödemeler hasta tarafından yapılır ve bu protokol kapsamındaki hizmetler için POLİKLİNİK ödemeyi hastadan tahsil eder. **TES-İŞ SENDİKASI 1, 2 ve 3 nolu şube.** 'nin tahsilat konusunda bir yükümlülüğü yoktur.

KURUM'un Hak ve Yükümlülükleri;

5.2.1 **Kurum üyeleri** veya 1. Derece yakınlarının POLİKLİNİK de ücreti karşısında alacakları sağlık hizmetine yönelik olarak **TES-İŞ SENDİKASI.**'nin tüzel kişilik olarak hukuki ve herhangi bir maddi yükümlülüğü bulunmamaktadır.

5.2.2 **KURUM,** POLİKLİNİK ile yapılan işbu protokolün detaylarını çalışanlarına web sitesinde duyuracaktır.

5.2.3 **TARAFLAR,** bu protokol dahilindeki çalışmalarının gereği saklı kalmak üzere diğer Taraf'ın adını, ünvanını, marka, logo ve sair tanıtım işaretlerini ilgili Taraf'ın yazılı veya elektronik posta üzerinden veya herhangi bir ortamda izni olmaksızın hiçbir şekilde ve surette kullanamaz.

MADDE 6 - PROTOKOLÜN SÜRESİ

İşbu protokol imzalandığı tarihte yürürlüğe girer ve bu tarihten başlayarak bir (1) yıl geçerlidir .Fiyat Güncelleme Maddesi

İşbu protokolün süresi imza tarihinden itibaren 1 (bir) yıldır. Protokolde belirtilen indirim oranları, sözleşme süresi boyunca geçerliliğini korur. Ancak uygulanacak tedavi ücretleri, ilgili yıl için yürürlükte olan Türk Dişhekimleri Birliği (TDB) tavsiye fiyat tarifesi veya kliniğin güncel fiyat politikası esas alınarak belirlenir. Tarife güncellemeleri sözleşmenin geçerliliğini etkilemez; yalnızca indirim, güncel fiyatlar üzerinden aynı oranlarda uygulanmaya devam eder.

***BU PROTOKOL ÖZEL SUDA DIŞ AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ İÇİN GEÇERLİDİR.**

S

MADDE 7 - PROTOKOLÜN FESHİ

SUDADENT AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI
POLİKLİNİK TİC. LTD. ŞTİ.
Ferhatpaşa Mah. Atatürk Cad.
No:78B Çatalca / İSTANBUL
Büyükçekmece VD:7821397258



MADDE 7 - PROTOKOLÜN FESHİ

Taraflar bir (1) ay öncesinden fesh-i ihbarda bulunmak kaydıyla protokolü dilediği zaman feshedebilir. Fesih durumunda hastanın tedavisi devam ediyorsa poliklinik protokol devam ediyormuş gibi hareket ederek tedaviyi tamamlar ve tedavi tutarını hastadan tahsil eder.

HİZMET VE İNDİRİM TABLOSU

Hizmet	TDB Ücreti	İndirim Oranı	İndirimli Fiyat
Muayene + Panoramik Film	0	%100	0
Diş Taşı Temizliği	6.600tl	%60	2.500
Kompozit Dolgu	4235	%30	3.000
Kanal Tedavisi+Dolgu	11.500	%40	7.000
Diş Çekimi (Gömülü diş çekimleri dahil)	2.475tl-11.715tl	%50	1.200-6.000
Porselen Kron-Zirkonyum	12.100tl-13.750tl	%50	5.500-6.500
İmplant Tedavileri	20.000 tl	%65	7500 (MEDİGMA) ALMAN MARKA
Bölümlü protez	38.500tl	%28	27.500
Estetik Diş Hekimliği (Beyazlatma Tek çene)	12.000 tl	%40	7.000
Tam Protez (Tek çene)	39.600tl	%38	25.000
Ön Diş Estetik (Kompozit Lamine)	9.295tl	%50	4.600

* TDB FİYAT LİSTESİ ÜZERİNDEN İNDİRİM UYGULANACAKTIR.

*BU PROTOKOL ÖZEL SUDA DİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ İÇİN GEÇERLİDİR.



ÇETİN DUMAN
Şube Başkanı

ÖZEL SUDA DİŞ AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ

SUDABENT AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
POLİKLİNİĞİ TİC. LTD. ŞTİ.
Fermatpaşa Mah. Atatürk Cad.
No:78B Catalca / İSTANBUL
Büyükdere YB:7821397260

