



ÖZEL DENT
Ulus Ağız ve Diş Sağlığı
Polikliniği

Anafartalar Mah. Susam Caddesi
No : 22/22 Kocaman Han Kat : 3
Ulus, Altındağ / ANKARA
Tel : 0312 311 00 01
E-mail : dentulusadsm@gmail.com

ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ İLE
DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ LTD. ŞTİ.
ARASINDA SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNA İLİŞKİN

PROTOKOL

Madde 1 – Taraflar

1. DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ

Adres: Şehit Teğmen Kalmaz (Posta) Caddesi-Susam Caddesi Kocaman Han No:22/22
Kat:3 Ulus Altındağ/ANKARA

2. ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ

Adres: Hükümet Meydanı No: 2 06050 Ulus Altındağ/ANKARA

Madde 2 – Konu

1. Bu protokol ile ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ mütevelli heyeti üyelerinden, çalışanlarından, mezunlarından, kurumun hizmet aldığı şirket çalışanlarından, öğrencilerinden ve tüm 1. derece yakınlarından oluşan hak sahiplerinin ağız ve diş sağlığı tedavi hizmetlerinin faturalandırılmasına ilişkin usul ve esasların belirlenmesi amaçlanmıştır.

Madde 3 – Tanımlar

SAĞLIK HİZMET SUNUCUSU : DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ

HAK SAHİPLERİ : ANKARA SOSYAL BİLİMLER ÜNİVERSİTESİ mütevelli heyeti üyeleri, çalışanları, mezunları, kurumun hizmet aldığı şirket çalışanları, öğrencileri ve tüm 1. derece yakınları

TEDAVİ HİZMET TÜRÜ : Ağız ve diş sağlığı muayene- tedavi hizmetleri



ÖZEL DENT
Ulus Ağız ve Diş Sağlığı
Polikliniği

Anafartalar Mah. Susam Caddesi
No : 22/22 Kocaman Han Kat : 3
Ulus, Altındağ / ANKARA
Tel : 0312 311 00 01
E-mail: dentulusadsm@gmail.com

Madde 4 – Sağlık Hizmeti Sunucusunun Yükümlülükleri

1. Sağlık hizmet sunucusu tarafından ağız ve diş sağlığı tedavisi gören hak sahiplerinden talep edilecek tutar, sözleşmede belirtilmiş olan indirim oranınca uygulanacaktır. Bunun dışında bir ücret tarifi uygulanmayacaktır.
2. DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ bünyesinde uygulanacak ağız ve diş sağlığı tedavi ücretleri çalışan ve 1. Derece yakınlarına güncel liste fiyatı üzerinden %25 indirim + KDV uygulanacaktır. Ankara sosyal bilimler üniversitesi öğrencilerine indirim oranı %30 olarak uygulanacaktır.
3. Sağlık Hizmet Sunucusu her hasta adına hastadan tahsil edilecek ücret için ayrı bir fatura düzenleyecektir.
4. Anlaşma içeriği kurumumuzda çalışan kadrolu doktorlar için geçerlidir.

Madde 5 - Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi Yükümlülükleri

1. Hak sahipleri hastaneye T.C. Kimlik numaralarının yazılı olduğu kimlik kartları ile birlikte kurum kimlik belgeleri ile müracaat ederler. Kurum çalışanlarının yakınlarının, yakını oldukları kurum çalışanının kimliği ve kurum kimlik kartı fotokopilerini başvuru sırasında ibraz etmek zorundadırlar.
2. Hak sahipleri aldıkları hizmet sonucunda, anlaşma şartlarına uygun olarak oluşan fatura bedelini polikliniğe direkt öder.
3. Ankara Sosyal Bilimler Üniversitesi, sağlık hizmet sunucusuyla (DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI POLİKLİNİĞİ LTD.ŞTİ.) yaptığı protokol ile yürütülecek işlemler hakkında çalışan personelini bilgilendirecektir.



ÖZEL DENT
Ulus Ağız ve Diş Sağlığı
Polikliniği

Anafartalar Mah. Susam Caddesi
No : 22/22 Kocaman Han Kat : 3
Ulus, Altındağ / ANKARA
Tel : 0312 311 00 01
E-mail : dentulusadsm@gmail.com

Madde 6 – Genel Hükümler

1. İşbu sözleşme hiçbir surette kopyalanamaz ve 3. Şahıslara verilemez.
2. Taraflar protokol hükümlerine eksiksiz bir şekilde uymak zorundadır. Protokol hükümlerine riayet edilmemesinin temini amacıyla, herhangi bir aksaklık meydana geldiğinde protokol hükümlerinin 20 (yirmi) günlük süre içerisinde yerine getirilmesi gerektiği yazılı ihtar yolu ile bildirilir. İhtarın tebliğinden itibaren 20 (yirmi) gün içerisinde ihtarda belirtilen eksiklikler giderilmezse taraflar protokolü yazılı bir bildirim ile tek taraflı fesih edebilir. Tarafların bu nedenle doğmuş ve doğacak zararlarını talep etme hakkı saklıdır.
3. Tarafların tebligat adresleri protokolün 1. Sayfasında 1-Taraflar bölümünde yer almaktadır. Taraflar herhangi bir adres değişikliğini en geç 3 (üç) iş günü içerisinde yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bu adreslere yapılan tebligatlar taraflara yapılmış sayılır.
4. Sağlık sunucusu; bu protokol dahilinde hastadan anlaşma kapsamı dışında ödeme yapması talebinde bulunamaz.
5. Muayene kontrol süresi 10 (on) gündür, kontrol süreleri içerisinde sağlık sunucusu hastadan muayene ücreti talep edemez.
6. Taraflarca bu protokole ek protokoller yapılabilir. Bu protokollerin uygulanmasında doğacak her türlü uyuşmazlığın çözümüne Ankara Mahkemeleri ve İcra Daireleri yetkilidir.
7. 3 (Üç) Sayfadan oluşan işbu protokol taraflarca iki nüsha tanzim edilmek suretiyle birlikte imza altına alınmıştır ve 01/12/2019 tarihi itibarıyla yürürlüğe girer ve 1 (Bir) yıl sürelidir. Ancak taraflar sözleşme bitim tarihinden 1 (Bir) ay öncesinde yazılı olarak fesih ihbarında bulunmadıkça aynı şartlarda kendiliğinden uzar.

EKLER: AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI TEDAVİ FİYAT LİSTESİ

RUHSAT FOTOKOPİSİ

İMZA SİRKÜSÜ – TİCARET SİCİL GAZETESİ FOTOKOPİSİ

TİCARET ODASI KAYIT BELGESİ FOTOKOPİSİ

VEKALETNAME

ANKARA SOSYAL BİLİMLER

ÜNİVERSİTESİ

Mehmet Fatih ARIKAN
Şube Müdürü

DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI

POLİKLİNİĞİ LTD. ŞTİ.

ÖZEL DENT ULUS AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI
POLİKLİNİĞİ
Anafartalar Mah. Susam Cad. 22-22
Tel: 0312 311 00 01 Altındağ / ANKARA
Kızılbey vd. 685 083 3265