GABINET BIAŁEGO ZĘBA

Formularz Zwrotu Opłaty / Reklamacji

WYPEŁNIONY FORMULARZ PROSZĘ PRZESŁAĆ NA ADRES:
WNIOSKI.GABINETBIALEGOZEBA@GMAIL.COM

Dane pacjenta

- Imię i nazwisko:

……..

- Data planowanego / wykonanego zabiegu:

……

- Lokalizacja gabinetu:

……

- Telefon / e-mail:

……

- Numer rezerwacji:

……

CZĘŚĆ I – ZWROT OPŁATY ZA KONSULTACJĘ (w przypadku braku wykonania zabiegu)

Proszę wybrać jedną z poniższych opcji:

☐ Rezygnacja Pacjenta zgłoszona minimum 24 godziny przed wizytą - Jeśli tak:

Powód rezygnacji:

……

☐ Odwołanie lub zmiana terminu zabiegu przez Gabinet

☐ Inne: …….

Zasady zwrotu opłaty za Konsultację:

1. Opłata za konsultację kwalifikacyjną jest przypisana do konkretnego terminu wizyty i stanowi wynagrodzenie za rezerwację czasu specjalisty.
2. W przypadku odwołania wizyty przez Pacjenta **nie później niż 24 godziny przed planowanym terminem**, opłata za konsultację może zostać przeniesiona na inny termin lub – na wniosek Pacjenta – zwrócona.
3. W przypadku braku odwołania wizyty w wymaganym terminie 24 godzin lub niestawienia się Pacjenta na wizycie, opłata za konsultację **nie podlega zwrotowi**, zgodnie z regulaminami zaakceptowanymi podczas rezerwacji.
4. Opłata za konsultację nie podlega zwrotowi również w przypadku jej prawidłowego wykorzystania.
5. Zwroty realizowane są w terminie do **14 dni roboczych** od dnia pozytywnego rozpatrzenia wniosku, przelewem na wskazany rachunek bankowy:

Numer konta: …….

Imię i nazwisko właściciela rachunku: ……

Oświadczenie pacjenta

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i przyjmuję do wiadomości zasady dotyczące zwrotu oraz rozpatrywania reklamacji obowiązujące w Gabinecie Białego Zęba.

……
(data, podpis pacjenta)

CZĘŚĆ II – REKLAMACJA (po wykonanym zabiegu)

Opis zgłoszenia:

☐ Efekt zabiegu nie spełnia moich oczekiwań
☐ Dyskomfort po zabiegu
☐ Inne uwagi: …….

Moja propozycja rozwiązania (proszę zaznaczyć preferowaną opcję):

☐ Zabieg uzupełniający (najczęściej stosowana forma rozwiązania)
☐ Konsultacja kontrolna w celu omówienia dalszych kroków
☐ Inne rozwiązanie zaproponowane przez Gabinet

Ważne informacje:

1. Każde zgłoszenie reklamacyjne jest analizowane indywidualnie w terminie do 14 dni.
2. Standardowym sposobem rozpatrzenia reklamacji jest zaproponowanie pacjentowi zabiegu uzupełniającego lub konsultacji kontrolnej.
3. W przypadku reklamacji Gabinet w przede wszystkim stosuje rozwiązania naprawcze w postaci zabiegu uzupełniającego lub konsultacji kontrolnej. Zwrot środków pieniężnych nie stanowi standardowej formy rozpatrzenia reklamacji i może nastąpić wyłącznie w wyjątkowych, udokumentowanych przypadkach, gdy wykonanie świadczeń uzupełniających jest niemożliwe z przyczyn obiektywnych
4. Gabinet dokłada wszelkich starań, aby każdy Pacjent był w pełni zadowolony z efektów świadczonych usług, dlatego każda reklamacja rozpatrywana jest indywidualnie, z należytą starannością oraz w oparciu o najwyższe standardy medyczne i obsługi. Naszym priorytetem jest realne rozwiązanie ewentualnych problemów, a nie ich formalne zamykanie.

Oświadczenie pacjenta

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i przyjmuję do wiadomości zasady dotyczące zwrotu oraz rozpatrywania reklamacji obowiązujące w Gabinecie Białego Zęba.

……
(data, podpis pacjenta)