



ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СОГЛАШЕНИЕ

к договору _____ от « _____ » _____ 20____ г.

Мне, _____ после
проведенного в CLINIC IN консультации и обследования, поставлен диагноз:

что подтверждается данными диагностики _____.

Доктором _____, действующим на основании Договора об оказании
стоматологических услуг # _____ от « _____ » _____ 20____ г. составлен план
лечения, который мне разъяснён и понятен.

Мне известно, что в моей клинической ситуации **невозможно гарантировать успешный результат
стоматологического лечения**, по причине _____

_____ а сам лечебный план может быть
изменён, исходя из соображений сохранения здоровья и причинения наименьшего вреда организму.

Я даю согласие на проведение лечения и понимаю, что **на мой клинический случай гарантийные
обязательства CLINIC IN не распространяются, ограничены (нужное подчеркнуть) а гарантийный срок отсутствует,
ограничен (нужное подчеркнуть).**

Дата _____

Подпись _____