



CONVENIO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS

En Valparaíso a 23 días del mes de junio de 2023, comparecen por una parte, la ASOCIACIÓN GREMIAL DE OFICIALES DE LA ARMADA EN RETIRO, ASOFAR A.G., RUT 70.880.800-8 representada por su Presidente, don Marcos Gallardo Pastore, RUT: 5.399.612-4, ambos domiciliados para estos efectos en calle Esmeralda 1074 Oficina 401, Valparaíso, en adelante "ASOFAR AG." , y por la otra parte, Centro ODONTOLÓGICO GRECODENT S. p. A. o GRECODENT, representada por don SANTIAGO DEPOLO TISSAVAK, Rut 8.510.912-k, Cirujano Dentista, con domicilio en 2 Norte 1187 oficina 23, Viña del Mar, en adelante GRECODENT, se ha convenido el siguiente convenio:

PRIMERO: ASOFAR AG., a fin de propender el bienestar de sus Socios y de sus cargas familiares, viene a suscribir con GRECODENT, un CONVENIO DE ATENCIÓN DENTAL, en virtud del cual los mismos podrán tener acceso a un servicio dental el que será otorgado por la referida clínica, en las condiciones que se indican en las cláusulas siguientes:

SEGUNDO: GRECODENT se compromete a prestar servicios de atención dental a los socios de ASOFAR AG., y a sus cargas familiares que así lo requieran en su clínica dental ubicada en 2 Norte 1187 oficina 23 Viña del Mar, durante los horarios de funcionamiento establecidos y mediante cita previa.

TERCERO: Por otra parte, ASOFAR AG., se compromete a enviar pacientes a GRECODENT, que libre y voluntariamente acepten las condiciones que se les entregue en relación con los servicios señalados. Además, ASOFAR AG., se



compromete a difundir el presente Convenio a los beneficiarios orientándolos sobre las ventajas y normas de atención.

Eventualmente GRECODENT podrá solicitar a ASOFAR AG., un directorio actualizado de sus socios con el único fin de corroborar el derecho a los beneficios del presente convenio.

CUARTO: Las prestaciones clínicas a realizar y sus valores están contenidos en el arancel "A40 ASOFAR AG.," que se adjunta y forma parte de este convenio el cual se reajustará anualmente según la variación que experimente el IPC. .

Por otra parte, las prestaciones clínicas que requieran apoyo de Laboratorio Dental externos a este convenio se incorporarán al presupuesto respectivo.

QUINTO: Respecto de la Atención:

a) El beneficiario deberá solicitar cita previamente para un examen al fono 32-2993539 o WhattApp +569 7647 0333 o al correo contacto@grecodent.cl identificándose como beneficiario del convenio con ASOFAR y asistir a la hora y día señalado. Se entiende por beneficiario del presente convenio al socio de ASOFAR, su cónyuge, sus padres e hijos menores de 24 años.

b) En esa oportunidad se realizará gratuitamente un Examen Clínico y Radiográfico (se incluyen hasta 2 radiografías retroalveolares) se elaborará un Plan de Tratamiento de común acuerdo con el paciente y se entregará el correspondiente Presupuesto. Este beneficio es anual y por beneficiario.



b) Durante el curso del tratamiento podrán existir modificaciones del presupuesto debido a factores clínicos, en este caso se realizará un nuevo presupuesto señalando la variación correspondiente.

SEXTO: Respecto a la forma de pago:

a) El responsable del pago del valor de las prestaciones dentales otorgadas será el socio de ASOFAR AG., que se contienen en el Presupuesto entregado.

b) Este pago podrá realizarse mediante Tarjetas de Débito o Crédito, transferencias bancarias, efectivo, pago sesión a sesión según avance, pago con cheques hasta 6 cuotas iguales, sin interés siendo la cuota mínima de \$100.000.

Se deja expresa constancia que ASOFAR AG., no contrae obligación alguna respecto a los pagos de las prestaciones y no se constituye en codeudor solidario de las mismas.

SÉPTIMO: Modificaciones al Convenio

Cualquier modificación al presente convenio, deberá ser efectuado a través de un Adéndum, el que pasará a constituir parte integrante de este instrumento, una vez firmado por las partes contratantes.

OCTAVO: Exclusividad

El presente Convenio, no importa exclusividad, pudiendo ambas partes, suscribir y mantener otros convenios del mismo tipo o con otros prestadores o Asociaciones.



NOVENO: Confidencialidad

Las partes reconocen y aceptan el carácter de confidencialidad y reservado del presente Convenio, en especial de aquella información que se ha entregado recíprocamente y de aquella que se entregue durante la vigencia del presente Convenio. Ninguno de los comparecientes podrá divulgar su contenido sin autorización previa y expresa de la otra parte.

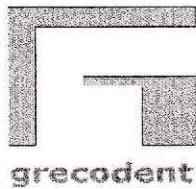
DÉCIMO: Publicidad y Difusión

ASOFAR AG. Se compromete a informar y difundir el presente Convenio, mediante su publicación en sus redes sociales y canales de información a sus socios.

DÉCIMO PRIMERO: Interlocutores del Convenio

Para los efectos de operación del presente Convenio, se designa como interlocutor por parte de ASOFAR AG., a la Comisión de Convenios, integrada por don Gustavo Bendel Vidal, correo electrónico: asofar@gmail.com, fono 322254314. Por parte del prestador del servicio, don SANTIAGO DEPOLO TISSAVAK, Fono **998999023**

En caso de cambio de interlocutores válidos, este debe ser avisado por carta certificada a las partes con 15 días de anticipación.



DÉCIMO SEGUNDO: Domicilio de las Partes

Para todos los efectos legales del presente Convenio, las partes fijan su domicilio en la ciudad de Valparaíso y se someten a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

DÉCIMO TERCERO: El presente Convenio tendrá una duración indefinida, sin embargo, cualquiera de las partes podrá poner término al mismo en cualquier momento, mediante aviso escrito.

El presente Convenio se suscribe en 2 ejemplares, quedando uno en poder de cada parte.

Dr. Santiago Depolo Tisavak
RUT: 8.510.912-k
Representante Centro Odontológico
GrecoDent S.p.A.
RUT: 76.208.312-4

CF (R) Sr. Marcos Gallardo Pastore
RUT: 5.399.612-4
Presidente
ASOFAR A.G.
RUT: 70.80.800-8