

CONDICIONES PRE AGENDAMIENTO

Paciente:

Tratamiento:

Yo _____
_____, Cédula de Identidad _____, programé el procedimiento de Criomodelaje SubZero para los días (_____). Soy consciente de que debo pagar el presupuesto entregado antes del comienzo del programa, para garantizar mis horas.

1- Soy consciente de que, si no realizo el pago en la fecha antes estipulada, mi cupo quedará disponible.

2- Soy consciente de las condiciones y formas de pago de MedCenter Bosques.

3- Soy consciente de que, ante un imprevisto operativo, el procedimiento podrá ser reprogramado por la Clínica y reprogramado de mutuo acuerdo y que, si necesito reprogramar, puedo hacerlo con un plazo mínimo de 5 días a partir de la fecha prevista.

4- Soy consciente de que, si solicito una segunda reprogramación, el valor del servicio se cobrará según la tabla vigente al momento del trámite.

5- Soy consciente de que, en caso de desistimiento, el importe anterior no será reembolsado, salvo motivos de salud comprobados.

6- Declaro que en la presente fecha he recibido toda la información sobre el procedimiento que se realizará.

En fe de lo cual, por la presente firmo.
