

Contrato de Alquiler Hilotherm HomeCare

www.hiloterapia.net



Reduce el dolor, la inflamación y el hematoma

Nombre del Paciente ("Usted") _____	Nombre del Hospital / Clínica _____
Dirección _____ _____	Dirección del Hospital / Clínica _____ _____
Número de Móvil _____	Nombre de Contacto _____
Dirección de E-mail _____	Número de Teléfono de Contacto _____
Fecha de la Cirugía _____	Dirección de E-mail _____

EQUIPO ALQUILADO: Un dispositivo Hilotherm HomeCare, un tubo doble azul de conexión a accesorio, cable de conexión y accesorio anatómico.

CONDICIONES Y COSTES DE ALQUILER:

Fecha de Inicio: _____ Fecha de término: _____
Lugar de inicio: Dirección de Paciente / Dirección de Hospital o Clínica (Subraya la apropiada)

(A) Tratamiento post quirúrgico de tres días:	280 €
(B) Día adicional de alquiler:	50 €
(C) Entrega en domicilio o clínica:	15 €
(D) Recogida en domicilio o clínica:	15 €

COSTE TOTAL: (A+B+C+D) _____ €

La cantidad total será pagada al finalizar el tratamiento.

Nosotros le haremos saber cómo realizar el pago cuando tengamos su confirmación por e-mail.

La pérdida, rotura o no devolución de los elementos alquilados tendrán el siguiente coste:

Cable de conexión: **75 €** Tubo doble Azul: **90 €** Dispositivo: **1.500 €** Accesorio: **90 €**

En este contrato:

"Usted" significa la persona que aparece bajo el Nombre de Paciente

Nosotros significa TecnoSan Promociones Sanitarias S.L. B87295028. Oficinas en

C/ Padre Granda, 4. 2ºD Centro de Negocios La Garena. 28806 Alcalá de Henares. Madrid

Yo entiendo enteramente y acepto las condiciones de este contrato de alquiler

Firma del paciente _____ Fecha: _____

POR FAVOR, IMPRIMA Y ENVÍE ESTE PDF RELLENADO, FIRMADO Y ESCANEADO A :

info@hiloterapia.net