

# Contrato de Alquiler Hilotherm HomeCare

[www.hiloterapia.net](http://www.hiloterapia.net)



Reduce el dolor, la inflamación y el hematoma

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

**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) El coste por día de alquiler es de: **50 €** ( mínimo tres días )  
(B) El coste de entrega en domicilio particular es de: **15 €** ( Si procede )  
(C) El coste de recogida en domicilio particular es de: **15 €** ( Si procede )  
(D) El coste de entrega / recogida en hospital / clínica es de : **0 €**

COSTE TOTAL: ( A+B+C+D ) \_\_\_\_\_ €

La cantidad total junto con la fianza será pagada por adelantado por transferencia bancaria.

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

Si hubiera aumento de los días acordados o retraso en la devolución del dispositivo, se incrementará la cantidad a pagar en 50 € por día.

La fianza es de 100 € y será devuelta en la devolución del dispositivo

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](mailto:info@hiloterapia.net)