

Para realizar una consulta ONLINE tiene que rellenar este contrato con sus datos personales y realizar el pago en el número de cuenta que se adjunta en el mismo, enviándonoslo al correo electrónico info@drmarcofranzreb.com

Una vez reciba la información remitida por Ud., la Clínica Dr. Marco Franzreb se pondrá en contacto vía email o telefónicamente para concertar una fecha para la consulta

CONTRATO SERVICIO CONSULTA ONLINE

Nombre (en adelante el paciente):

NIF:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico:

Solicita a CLÍNICA DR MARCO FRANZREB, con VAT portugués: 293646066 la realización de una consulta online.

El precio del servicio, que el paciente acepta, es de

· Consulta (30 minutos)-----120 €

· Hasta 1 hora-----200 €

· Hasta 2 horas -----260 €

que se abonará por transferencia bancaria:

Titular: Dr. Marco Franzreb

Banco CTT

IBAN: PT50019300001050453113710

BIC/SWIFT: CTTVPTPL

En el caso de tener pruebas médicas relevantes para la consulta en cuestión, se aportarán en formato digital para poder facilitar el diagnóstico, especificando en cada una de ellas las fechas en las que se realizaron. Las pruebas adjuntadas son:

- Análisis de sangre: SI | NO
- Ecografía: SI | NO
- Radiografía: SI | NO
- Resonancia Magnética: SI | NO
- TAC – escáner: SI | NO
- Electrocardiograma: SI | NO
- Endoscopia: SI | NO
- Biopsia: SI | NO
- Otras (especificar):

De conformidad al nuevo Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD), el titular de los datos o su representante legal consiente expresamente que los datos de carácter personal aportados en el presente documento y los derivados de su relación con la Clínica Dr.Marco Franzreb y profesionales a los que asista en virtud de las prestaciones solicitadas, sean incluidos para su tratamiento en ficheros informatizados titularidad Clínica Dr.Marco Franzreb.

Le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley a través de correo electrónico a info@drmarcofranzreb.com incluyendo una copia del DNI/Pasaporte.

Firmado :

Fecha: