

CONTRATO SERVICIO SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

Don/Doña (en adelante el paciente)

Domicilio en:

Teléfono:

NIF:

encarga a CLÍNICA MEDICINA INTEGRATIVA (en adelante CMI), con domicilio en C/ Goya, 7, Entreplanta 1ª, 28020 Madrid y NIF B85940401, la realización del servicio consistente en una segunda opinión médica en base al informe médico relativo a su enfermedad/dolencias de fecha _____ que adjunto acompaña con los resultados de las siguientes pruebas (adjuntar sólo copia en papel del informe):

- Análisis de sangre (indicar las fechas):
- Radiografía (indicar las fechas):
- Ecografía(indicar las fechas):
- Resonancia Magnética(indicar las fechas):
- TAC – escaner (indicar las fechas):
- Electrocardiograma (indicar las fechas):
- Endoscopia (indicar las fechas):
- Otras (especificar), indicando tipo de prueba y fecha:
 -
 -
 -

El precio del servicio, que el paciente acepta, asciende a la suma de doscientos veinte euros (220,00 €) que se abonará por ingreso o transferencia bancaria (Titular: Clínica Medicina Integrativa S.L// Nº Cuenta: Bankinter: ES36 0128 7703 36 0100023773). Una vez reciba la información remitida por Ud., CMI en el plazo de diez días hábiles desde la recepción de la información recabada, le enviará por mensajero en la dirección arriba facilitada el informe de la segunda opinión junto con la documentación por Ud. proporcionada. Posteriormente, el equipo médico se pondrá en contacto telefónico con Ud. para explicarle el informe y aclararle sus dudas.

El interesado asume que CMI se reserve expresamente el derecho de aceptar o rechazar cualquier solicitud de segunda opinión médica, lo que comunicará oportunamente en un plazo máximo de diez días hábiles.

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, 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 CMI y profesionales a los que asista en virtud de las prestaciones solicitadas, sean incluidos para su tratamiento en ficheros informatizados titularidad de Clínica Medicina Integrativa, S.L., inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos.

Le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley a través de carta certificada, adjuntando fotocopia de su DNI/Pasaporte, en la siguiente dirección: Calle Goya, 7, Entreplanta 1ª, 28001, Madrid, con la finalidad de servir a los objetivos y actividades propias de esta compañía.

En todo lo no expresamente pactado en el presente contrato, el presente Acuerdo se rige por la Legislación Española vigente que resulte de aplicación.

Ambas partes intervinientes, con renuncia expresa a cualquier fuero que pudiera corresponderles, se someten también de forma expresa a los Jueces y Tribunales de Madrid, para la solución de las cuestiones que puedan suscitarse sobre la interpretación, ejecución y cumplimiento de este convenio.

Fecha:

FDO :