

Trasferimento del caso

Utilizzare questo modulo per trasferire un caso ClearCorrect attivo a un altro medico. Il nuovo medico deve essere registrato come fornitore ClearCorrect prima di procedere al trasferimento. Inviare il presente modulo firmato al proprio rappresentante o contattare un rappresentante dei servizi del fornitore all'indirizzo support@clearcorrect.com per assistenza.

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

Numero del caso _____

Nome del paziente _____

MEDICO ATTUALE

Nome del medico attuale _____

Attesto di essere il medico attualmente registrato come fornitore per il caso sopra indicato. Desidero trasferire questo caso al medico specificato di seguito. Comprendo che non sarò più autorizzato a ricevere da ClearCorrect informazioni mediche riservate su questo caso. Comprendo che il trasferimento di questo caso non mi esonera da eventuali responsabilità legali per qualsiasi servizio eseguito prima del trasferimento. Accetto prezzi, termini e condizioni attuali di ClearCorrect.

Firma del medico attuale _____ Data _____

NUOVO MEDICO

Nome del nuovo medico _____

Nome del nuovo studio _____

Indirizzo del nuovo studio _____

Città _____ Paese _____ CAP _____

Dichiaro di essere attualmente registrato come fornitore ClearCorrect. Intendo assumermi la responsabilità di ogni trattamento futuro nel caso sopra specificato. Comprendo che, dopo il trasferimento, eventuali fasi successive saranno inviate allo studio da me specificato. Comprendo che sarò responsabile per il pagamento di eventuali spese arretrate per questo caso, indipendentemente dalla data in cui sono state sostenute, e che potrebbero essermi addebitate ulteriori fasi nel caso in cui il trattamento si estenda oltre il numero di fasi già acquistate. Accetto prezzi, termini e condizioni attuali di ClearCorrect.

Firma del nuovo medico _____ Data _____