

À l'adresse [clearcorrect@straumann.com](mailto:clearcorrect@straumann.com) ou contactez un représentant des services fournisseur à l'adresse [support.clearcorrect.com](https://support.clearcorrect.com) pour obtenir de l'aide.

## INFORMATIONS DU PATIENT

Numéro de cas \_\_\_\_\_

Nom du patient \_\_\_\_\_

## ACTUEL

Nom du praticien actuel \_\_\_\_\_

Je certifie que le patient ci-dessus est inscrit en tant que client ClearCorrect. Je souhaite prendre en charge l'ensemble des futurs traitements liés au cas spécifié ci-dessus. Je comprends qu'après le transfert du cas, toutes les phases futures seront envoyées au cabinet mentionné. Je comprends que je serai responsable du règlement de toute facture impayée pour ce cas, indépendamment de la date d'engagement, et que je pourrais être facturé pour des étapes ou phases supplémentaires si le traitement s'étend au-delà du nombre de phases qui ont déjà été commandées. J'accepte la tarification actuelle de ClearCorrect ainsi que les conditions générales.

Signature du praticien actuel \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## NOUVEAU MÉDECIN

Nom du nouveau praticien \_\_\_\_\_

Nom du nouveau cabinet \_\_\_\_\_

Adresse du nouveau cabinet \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

J'atteste être actuellement inscrit en tant que client ClearCorrect. Je souhaite prendre en charge l'ensemble des futurs traitements liés au cas spécifié ci-dessus. Je comprends qu'après le transfert du cas, toutes les phases futures seront envoyées au cabinet mentionné. Je comprends que je serai responsable du règlement de toute facture impayée pour ce cas, indépendamment de la date d'engagement, et que je pourrais être facturé pour des étapes ou phases supplémentaires si le traitement s'étend au-delà du nombre de phases qui ont déjà été commandées. J'accepte la tarification actuelle de ClearCorrect ainsi que les conditions générales.

Signature du nouveau praticien \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_