

ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ

за оказване на помощ при осъществяване на първоначални медицински консултации с водещи специалисти във високоспециализирани медицински центрове във Франция

Долуподписаният(ата)

с ЕГН декларирам, че съм съгласен(а) подробна информация за историята на моето заболяване, данни за актуалното ми медицинско състояние, както и информация за проведените от мен последни изследвания и консултации да бъдат изпратени със специализирана поща във високоспециализирани медицински центрове във Франция.

01. Информиран(а) съм подробно, напълно разбирам и давам съгласие:

- Специалисти от “БММ” АД да обработят (технически) предоставените от мен медицински документи.
- Предадените от мен медицински документи да се изпратят за първична (предварителна) консултация във Франция.
- Да се определи(ят) възможния(те) конкретен(ни) специалист(и) и лечебно(и) заведение(я) във Франция, които биха се ангажирали професионално с моя медицински проблем.
- Да се формира цена за провеждане на висококвалифицирана професионална медицинска консултация.

02. Зная, че на основата на получената информация за конкретния(те) специалист(и) и за цената на евентуалната консултация, аз ще имам възможност да избира един от следните начини за провеждане на самата консултация:

- изпращане на медицинските документи по пощата;
 - консултация по i - net;
 - консултация на място във Франция,
- или да откажа провеждането на медицинската консултация.

03. Приемам специалисти от “БММ” АД да ми окажат съдействие за:

- Интерпретиране на резултите и дадените препоръки за по-нататъшни действия след получаване на заключението от проведената консултация.

-
-
- Реализирането на предпочетения от мен вариант за консултация.
04. Информиран(а) съм, че при желание от моя страна, както и при необходимост, ще ми бъде предоставена възможност да продължа своето лечение в някоя от водещите клиники във Франция.
- В този случай ще получа допълнителна информация за условията за провеждане на такова лечение и за очакваните резултати.
05. В срок до 15 (петнадесет) работни дни ще получа информация (в писмен вид) - предложение за осъществяване на консултацията по моя медицински проблем с името на специалиста(ите) и цената на консултационната услуга.
06. Разбирам и приемам, че "БММ" АД не носи отговорност за съдържанието на получената информация за конкретния(те) специалист(и) и за цената на евентуалната консултация, която аз ще имам възможност да избира.
07. Приемам да заплатя BGN120.00 (сто и двадесет лева) на "БММ" АД, за да получа информация (в писмен вид) - предложение за реализиране на консултацията по моя здравен проблем с името на специалиста и цената на консултационната услуга.
- Приемам да заплатя допълнително и по BGN20.00 (двадесет лева) на "БММ" АД, за всяка страница от документите, които трябва да се изпратят във Франция, ако те не са преведени на английски или френски език.
- Зная, че посочената в настоящата точка цена покрива разноските само за предварителната консултация във Франция и за определяне на конкретния(те) специалист(и) и лечебно(и) заведение(я) във Франция, които ще се ангажират професионално с моя медицински проблем.
08. Участието ми в процедурата за получаване на медицинска консултация е напълно доброволно.

Декларатор:

.....2011 година
град София

• "БММ" АД •

Република България,
1113 София,
улица "Фредерик Жолио Кюри" № 12,
блок № 81, вход "В"

web: www.bmm.bg
e - mail: office@bmm.bg
телефон: 00 359 2 973 39 17
факс: 00 359 2 973 38 96

банкова сметка:

IBAN BG25UNCR96601000491210, код: UNCRBGSF в "УниКредит Булбанк" АД, клон "Аксаков"



• “БММ” АД •

Република България,
1113 София,
улица “Фредерик Жолио Кюри” № 12,
блок № 81, вход “В”

web: www.bmm.bg
e - mail: office@bmm.bg
телефон: 00 359 2 973 39 17
факс: 00 359 2 973 38 96

банкова сметка:

IBAN BG25UNCR96601000491210, код: UNCRBGSF в “УниКредит Булбанк” АД, клон “Аксаков”

