

CONTRATACION DE LA TARJETA OHI

ORDEN DE DOMICILIACIÓN BANCARIA DE ADEUDO DIRECTO SEPA

Mediante la firma de este formulario de Orden de domiciliación, Usted autoriza a _____, a enviar órdenes a su banco para cargar su cuenta y a su banco para cargar su cuenta de acuerdo con las órdenes de _____. Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su banco en virtud de los términos y condiciones del acuerdo suscrito con su banco. Dicho reembolso deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha de cargo en su cuenta. Sus derechos se explican en una declaración que podrá solicitar en su banco.

TITULAR: _____

EMAIL: _____

NIF/NIE o Pasaporte _____

NÚMERO CUENTA (IBAN):

_____/_____/_____/_____/_____

FIRMA DEL TITULAR DE LA CUENTA

Número de Contrato: _____

Modalidad: _____

Cuota anual: _____

BENEFICIARIOS INCLUIDOS EN LA TARJETA. (Solo en la modalidad de la tarjeta familiar).

1. _____ Parentesco: _____ Email _____

2. _____ Parentesco: _____ Email _____

3. _____ Parentesco: _____ Email _____

4. _____ Parentesco: _____ Email _____

Sírvanse atender con cargo a mi cuenta, los recibos que a mi nombre emita GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L.

Madrid, a __ / __ / __ __ en el servicio de Odontología Hospitalaria Integral.

Firmado por el Titular de la Tarjeta OHI

Firmado por Odontología Hospitalaria Integral.

CONTRATACION DE LA TARJETA OHI

Número de Contrato: _ _ _ _ _

De una parte

GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L., con domicilio social en la calle Rio Jarama 22 de Rivas Vaciamadrid 28523 y CIF- B85371482.

Y de otra

(_ _ _ _ _) DNI/NIE o Pasaporte (_ _ _ _ _) con domicilio en (_ _ _ _ _), teléfono (_ _ _ _ _) y dirección de correo electrónico (_ _ _ _ _).

Acuerdan formalizar la contratación de la Tarjeta OHI de prestación de servicios odontológicos en base a los siguientes puntos:

PRIMERO: GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES SL se compromete a prestar los servicios que ofrece la Tarjeta OHI al titular del presente contrato, de acuerdo a las condiciones establecidas en dicha tarjeta, previo pago de la cuota anual establecida según modalidad elegida por el titular.

SEGUNDO: La cuota anual a pagar por el titular variará en función del tipo de Tarjeta OHI elegida, pudiendo ser revisada anualmente. La tarjeta entrará en vigor en el momento de la firma del presente contrato, girando recibo al banco el día 5 del mes siguiente a la firma del contrato.

TERCERO: El presente contrato tiene una vigencia de doce meses desde la fecha de la firma del mismo, prorrogándose tácitamente por años naturales, sin existir un plazo máximo de prórrogas.

Llegado el vencimiento anual, se entiende prorrogado el presente contrato, salvo comunicación en contrario y por escrito del titular a la dirección de correo postal C/ Tomas Edison, 4 Bloque 1º Oficina 1122 Rivas-Vaciamadrid 28521 Madrid.

CUARTO: Un vez firmado el contrato, el titular del mismo recibirá la Tarjeta OHI en su clínica.

QUINTO: Los pagos anuales de la Tarjeta OHI serán realizados mediante domiciliación bancaria. En el supuesto de devolución de algún recibo los gastos originados por dicha devolución deberán ser asumidos por el titular de la tarjeta OHI.

SEXTO: La Tarjeta OHI da acceso al titular del presente contrato a una serie de servicios gratuitos:

- ✓ Consultas, ortopantomografía, valoración y diagnóstico.
- ✓ Urgencias.
- ✓ Educación bucodental, limpieza anual, fluorizaciones y selladores de fisuras.
- ✓ Intervenciones quirúrgicas menores como extracciones simples, drenajes y extirpaciones de pequeños quistes.
- ✓ Odontopediatría:
 - ✓ Recubrimiento pulpar.
 - ✓ Recementado de mantenedor.
 - ✓ Extracción de dientes temporales.
- ✓ Análisis oclusal, cementación adhesiva y tallado selectivo en prótesis fija sobre implantes.
- ✓ Análisis oclusal y tallado selectivo en prótesis fija sobre dientes naturales, retirada de corona o puente.
- ✓ Serán gratuitos sólo aquellos tratamientos prescritos por uno de los profesionales pertenecientes al cuadro médico de ODONTOLOGIA HOSPITALARIA INTEGRAL.

Así como al resto de tratamientos a precios reducidos (10% de descuento sobre la tarifa privada) y más facilidades para la financiación.

Habiendo leído y comprendido todas las condiciones y ventajas que ofrece la tarjeta OHI, el abajo firmante solicita contratar dicha tarjeta en la modalidad (_ _ _ _ _) con una cuota anual de (_ _ _ _ _) €.

Estando de acuerdo con todo lo anterior, se firma por triplicado en Madrid, a _ _ / _ _ / _ _ _ _ en el servicio de Odontología y Cirugía Maxilofacial del Hospital de la Beata María Ana.

Firmado por el Titular de la Tarjeta OHI

Firmado por Odontología Hospitalaria Integral

Protección de datos de carácter personal.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar el servicio odontológico garantizado en la tarjeta, el paciente consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L., así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los odontólogos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, identificados como prestadores de servicios odontológicos de GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el servicio ofrecido por la tarjeta, ya que la ley reguladora obliga al paciente a informar de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios odontológicos tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento dental que está recibiendo.

Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación con GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L. y aún tras el cese de dichas relaciones.

En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L., en los términos y fines expresados en la presente cláusula.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a GARCÍA SOLER CLÍNICAS DENTALES S.L., a la siguiente dirección de correo electrónico info@odontologiahospitalaria.es o la dirección de correo postal C/ Tomas Edison, 4 Bloque 1º Oficina 1122 Rivas-Vaciamadrid 28521 Madrid