Para realizar una consulta ONLINE tiene que rellenar este contrato con sus datos personales y realizar el pago en el número de cuenta que se adjunta en el mismo, enviándonoslo al correo electrónico [info@clinicaneurologicarubi.com](mailto:info@clinicaneurologicarubi.com).

Una vez reciba la información remitida por Ud., la Clínica Dr. Rubí se pondrá en contacto con usted telefónicamente para concertar una fecha para la consulta.

CONTRATO SERVICIO ONLINE

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Fecha de Nacimiento:

Domicilio:

Localidad:

CP:

Teléfono:

Correo electrónico:

Profesión:

Solicita a CLÍNICA RUBÍ S.L., con CIF B04888251 la realización de un servicio online que se abonará por transferencia bancaria:

Titular: CLÍNICA RUBÍ S.L.

Banco: Bankinter

IBAN: ES39 0128 0725 45 0100026567

BIC/SWIFT: BKBKESMMXXX

En el caso de tener pruebas médicas relevantes para el servicio en cuestión, se aportarán en formato digital para poder facilitar la asistencia, especificando en cada una de ellas las fechas en las que se realizaron. Las pruebas adjuntadas son:

* Informes médicos: SI | NO
* Análisis de sangre: SI | NO
* Ecografía doppler cerebrovascular: SI | NO
* Radiografía simple: SI | NO
* Resonancia Magnética: SI | NO
* TAC – escáner: SI | NO
* Electrocardiograma - Holter: SI | NO
* Ecocardiografía: SI | NO
* Estudio Neurofisiológico: SI | NO
* Otras (especificar):

De conformidad al nuevo Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD), 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 la Clínica Dr. Rubí y profesionales a los que asista en virtud de las prestaciones solicitadas, sean incluidos para su tratamiento en ficheros informatizados titularidad Clínica Rubí S.L.

Le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley a través de correo electrónico a info@clinicaneurologicarubi.com incluyendo una copia del DNI o pasaporte.

Firmado:

Fecha: