

Formulaire de paiement à l'attention du patient

Cher patient,

Nous vous remercions d'avoir opté pour un test SelectMDx[®]. En complétant et en signant le présent formulaire, vous consentez à ce que l'échantillon d'urine que vous nous fournissez soit utilisé dans notre laboratoire dans le cadre du test SelectMDx. Vous acceptez également de prendre en charge les frais du test, y compris ceux relatifs au transport du kit de collecte de l'échantillon d'urine jusqu'à notre laboratoire de Nimègue, aux Pays-Bas, si ledit transport est organisé par MDxHealth[®].

VEUILLEZ compléter le formulaire de façon lisible :

(Par souci de confidentialité, ces informations ne seront utilisées par MDxHealth qu'à des fins de facturation, elles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire et ne seront pas stockées avec vos informations médicales ou vos résultats de test)

Nom et initiales :

Adresse :

Code postal : Ville: Pays:

Adresse e-mail : Téléphone :

Hôpital/clinique : Identifiant du cas SelectMDx[®] :
(où l'échantillon a été prélevé) (si vous le connaissez)

Veillez cocher la case appropriée :

Je souhaite recevoir la facture relative au test SelectMDx : par la poste par e-mail

Le kit de collecte d'urine a été expédié au laboratoire par mes soins ou par mon médecin, sans utiliser la pochette de livraison express fournie. Je sais que l'échantillon doit parvenir au laboratoire de MDxHealth à Nimègue, aux Pays-Bas, au plus tard 5 jours après avoir été prélevé. **Les frais relatifs au test SelectMDx s'élèvent à 332,75 € taxes incluses.**

Le kit de collecte d'urine est pris en charge par DHL[®]/FedEx[®] et expédié au laboratoire de MDxHealth à Nimègue, aux Pays-Bas, par le biais du service de retour proposé par MDxHealth. Je comprends que MDxHealth n'est pas responsable de l'arrivée de l'échantillon au laboratoire au plus tard 5 jours après son prélèvement. **Les frais relatifs au test SelectMDx, y compris l'envoi de l'échantillon au laboratoire par courrier express, s'élèvent à 356,95 € taxes incluses.**

Par la présente, je déclare consentir à prendre en charge les frais susmentionnés. J'effectuerai le paiement à l'avance, par virement sur le compte bancaire de MDxHealth Servicelab B.V. à Nimègue. Je comprends que l'analyse de l'échantillon n'aura lieu qu'après réception du paiement complet par MDxHealth. Une fois l'échantillon et le paiement reçus, les résultats du test SelectMDx seront envoyés au médecin qui en a fait la demande. Les résultats du test SelectMDx ne seront pas directement communiqués au patient, car ils doivent être interprétés minutieusement en lien avec les antécédents médicaux du patient.

Le paiement peut être effectué sur le compte bancaire IBAN : NL 88 KRED 0633 0256 31 de la Banque KBC (BIC: KREDNL2X), au nom de MDxHealth Servicelab B.V., en indiquant en référence le nom et la date de naissance du patient.

Veillez signer et scanner ce formulaire et l'envoyer par e-mail à finance_nijmegen@mdxhealth.com. Ou l'envoyer par fax à : +31 88 327 2728. Si cela n'est pas possible, veuillez joindre ce formulaire signé au kit de collecte d'urine lorsque vous envoyez l'échantillon à MDxHealth, ou envoyer le formulaire par la poste à l'adresse ci-dessous.

Signature pour accord :

.....
Signature du patient

Nom:

Date: - -
jour mois année

MDxHealth[®]

MDxHealth Servicelab B.V. | Transistorweg 5 | 6534 AT Nijmegen, NL | T: +31 (0) 88 327 2727 | F: +31 (0) 88 327 2728 | www.mdxhealth.com
E: clientservices.eu@mdxhealth.com | KBC Bank: NL 88 KRED 0633 0256 31 | BIC: KREDNL2X | VAT: NL8171.13.824.B01 | K.v.K: 09164747