

SERVICIOS INCLUIDOS		1ª VISITA	2ª VISITA	3ª VISITA	4ª VISITA	5ª VISITA	6ª VISITA	7ª VISITA	8ª VISITA
Otras pruebas	Leishmania	1	1	1	1	1	1	1	1
	Filarias	2	2	2	2	2	2	2	2

BENEFICIOS ADICIONALES:

%	%
%	%
%	%
%	%
%	%

CONDICIONES PLAN SALUD

Fecha inicio: _____ Fecha fin: _____

Importe total: _____

Pagado: _____

Resto: _____

En 12 cuotas mensuales de: _____

PROPIETARIO

Nombre: _____

DNI: _____

MASCOTA

Nombre: _____

Nº chip: _____

 FIRMA DEL
PROPIETARIO

INFORMACIÓN ADICIONAL:

*Todos estos servicios estarán excluidos en horario de urgencias.
Cualquier otro servicio no incluido en el documento adjunto no vinculara a la empresa a su prestación dentro del plan de salud, pasando a ser un servicio añadido que se cobrará aparte.
La duración del contrato será de un año, siendo renovable en años consecutivos de forma automática si no existiera disenso por cualquiera de las partes y debiendo ser informado con un mes de antelación.
Los servicios que no se utilizaran no serán acumulable tras la renovación anual del contrato.
En caso de finalización del acuerdo antes de su vencimiento se valorarán los servicios realizados para compensar a cualquiera de las dos partes que pudiera salir perjudicada.*

PROPIETARIO

Nombre: _____

DNI: _____

MASCOTA

Nombre: _____

N° chip: _____

**FIRMA DEL
PROPIETARIO**