

## Modulo di Iscrizione al Servizio

### Profilo del Cliente

Data: \_\_\_\_\_  
Giorno/Mese/Anno

Data Prevista del Parto: \_\_\_\_\_  
Giorno/Mese/Anno

Tipo di parto previsto: naturale  cesareo

Cognome e Nome della Madre: \_\_\_\_\_

Data di Nascita: \_\_\_\_\_  
Giorno/Mese/Anno

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_  
Via Città Provincia CAP

Nazione: \_\_\_\_\_ Tel. Abitazione: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Peso (al di fuori della gravidanza): \_\_\_\_\_  
kg

Altezza: \_\_\_\_\_  
cm

Stato civile:

Nubile

Coniugata

Origine etnica:  
Facoltativo

Bianca/Caucasica

Ispanica

Nera

Asiatica

Altro

Informazioni familiari:

Ha figli?

S \_\_\_ N \_\_\_

Se si, quanti? \_\_\_\_\_

Come è venuta a conoscenza di AssureImmune?

Il Suo Medico

Altro Operatore Sanitario

Un Amico

Un Nostro Cliente

Depliant/Volantino

Il Nostro Sito Internet

E-mail

Altri Siti Internet

Rivista/Giornale/Radio/TV

Altro

*Se ha barrato una delle caselle, indichi cortesemente il nome della persona o del mezzo di comunicazione che le ha riferito di AssureImmune:*

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

**Modulo di Iscrizione al Servizio**  
**Prospetto dei Costi**

Cognome e Nome della Madre: \_\_\_\_\_

<b>Costi Amministrativi e Kit di Raccolta (onere non rimborsabile, da versare al momento della sottoscrizione del contratto)</b>		
<b>Non Rimborsabile</b>	<b>Prezzo</b>	<b>Quantità</b>
Per Kit	Euro 250	

<b>Deposito di Euro 200 (da versare al momento della sottoscrizione del contratto) per eventuale utilizzo corriere alternativo in caso di nascita tra il Giovedì dopo le ore 12.00 e la Domenica entro le ore 18.00 o durante un giorno festivo*</b>		
<b>Rimborsabile in caso di mancato utilizzo del corriere alternativo</b>	<b>Prezzo</b>	<b>Quantità</b>
Deposito	Euro 200	1

**Subtotale:** \_\_\_\_\_ Euro 200

<b>Processamento e Crioconservazione delle Cellule Staminali del Cordone Ombelicale per 25 anni</b>			
<b>Tipo di Parto</b>	<b>Sconto</b>	<b>Prezzo</b>	<b>Quantità</b>
Parto singolo	n/a	Euro 2100	
Parto gemellare (per il secondo gemello)	40%	Euro 1260	

**Subtotale:** \_\_\_\_\_  
 (Calcolare il subtotale in base alla quantità indicata)

**\*Gran Totale:** \_\_\_\_\_  
 (Calcolare il Gran Totale sommando i 3 subtotali relativi ai Costi Amministrativi, al Deposito di Euro 200 ed al Processamento delle Cellule Staminali del Cordone Ombelicale)

\* In caso di nascita del/la Bambino/a nel periodo compreso tra il Giovedì dopo le ore 12.00 e la Domenica entro le ore 18.00 o in un giorno festivo, al fine di minimizzare i tempi di trasporto del campione dall'Italia agli U.S.A., verrà utilizzato un corriere specializzato attivo anche nel fine settimana e nei festivi. Il costo aggiuntivo per tale corriere è di Euro 200. In caso di mancato utilizzo di tale corriere, il Cliente verrà rimborsato dei suddetti 200 Euro.

## Modulo di Iscrizione al Servizio

### Informazioni per il pagamento

Cognome e Nome della Madre: \_\_\_\_\_

Metodo di pagamento: \_\_\_\_\_ Totale da addebitare: \_\_\_\_\_

Bonifico bancario\*\*:



Carta di Credito:



\*\* Contattare AssureImmune Italy per E-mail ([info@assureimmune.it](mailto:info@assureimmune.it)), telefonicamente (338/6282167) o via fax (06/3333739) per istruzioni sull'esecuzione del bonifico bancario.

Nome del Titolare della Carta: \_\_\_\_\_



Indirizzo di fatturazione: \_\_\_\_\_



Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_



Nazione: \_\_\_\_\_

Carta di Credito n.: \_\_\_\_\_

Data di scadenza: \_\_\_\_\_  
Mese/Anno

Firma del titolare della carta: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_  
Giorno/Mese/Anno

**Rateizzazione-**  **Sì**, desidero aderire al piano di pagamento dilazionato relativamente alla quota dovuta per il processamento e la crioconservazione per 25 anni delle cellule staminali del cordone ombelicale\*

Intendo avvalermi di un piano di rateizzazione a:  6 mesi  12 mesi  24 mesi  48 mesi

\*Per ricevere informazioni ed istruzioni al riguardo, contattateci al numero telefonico 338/6282167 o all'indirizzo e-mail [info@assureimmune.it](mailto:info@assureimmune.it)

N.B.: il piano di rateizzazione è applicabile solamente alla quota di Euro 2100 per il processamento e la crioconservazione per 25 anni del campione). I 250 Euro non rimborsabili della quota amministrativa e i 200 Euro aggiuntivi (eventualmente rimborsabili) per il trasporto del campione tra il Giovedì dopo le ore 12.00 e la Domenica entro le ore 18.00 o in un giorno festivo, vanno versati in un'unica soluzione, al momento della sottoscrizione del contratto.