



INFORMACION DE FACTURACIÓN:

Centro Gendiagnostik se compromete a que el análisis citogenético sea realizado por personal idóneo utilizando las muestras enviadas por la persona solicitante. Esta última asegura que todas las muestras enviadas fueron tomadas con el consentimiento de las personas involucradas o bien de sus representantes legales con el fin de la realización de un análisis citogenético.

El monto de la factura correspondiente debe ser pagado directamente en centro Gendiagnostik o por transferencia bancaria, simultáneamente, con el envío de la solicitud formal y la muestra de sangre a nuestro centro. El paciente acepta que es responsable de cubrir la cancelación de esta solicitud, sino cuenta con una entidad aseguradora. Si existe una entidad aseguradora u otra que cubra el monto de la solicitud la misma deberá notificarlo y pagar también con anticipación.

Cancelación del servicio por:

Lab./Hospital

Seguro

Paciente

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Número de seguro social: _____ No de Solicitud _____

Acuerdo de Beneficiario: Centro Gendiagnostik me ha notificado que el seguro de enfermedad probablemente negará el pago de los servicios identificados arriba. Por tal razón, si el seguro de enfermedad no cancela, yo me hago responsable de cubrir los gastos.

Firma del beneficiario: _____ Fecha: _____

SS del beneficiario: _____ Fecha de nacimiento: _____

**** Información de facturación y copia de tarjeta de seguro si aplica debe ser acompañada de muestra y formulario de requisición ****

Cuenta Bancaria

Para transferencia en Panamá:

Banco General, David

Nombre: Centro Gendiagnostik, S.A.

Cuenta No: 0330010469799

Para transferencias desde otros países

Banco intermediario: CITIBANK NEW YORK, N.Y.

SWIFT: CITIUS33

ABA: 021000089

Banco beneficiario: BANCO GENERAL, S.A. - PANAMA

SWIFT: BAGEPAPA

Beneficiario, recipiente: CENTRO-GENDIAGNOSTIK, S.A.

Cuenta No: 0330010469799