



## Acuerdo del Alquiler del Tanque de Nitrógeno Líquido

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Doctor:** \_\_\_\_\_

Por favor, lea las siguientes frases de entender respeto al uso y alquiler de un tanque de nitrógeno líquido de CryoGam Colorado, LLC. Español

- Entiendo que hay una cuota *no reembolsable* de embalaje y manipulación debido al tiempo de recoger o enviar el tanque de nitrógeno líquido.
- Entiendo que CryoGam Colorado, LLC, solo garantizara que un tanque de nitrógeno líquido queda cargado (tiene capaz de mantener las muestras viables) por 7 días **si esta manejado correctamente**, y que muestras dejadas en un tanque más que 7 días no están garantizadas estar usables.
- Entiendo que yo/mi doctor tiene que devolver el tanque dentro 7 días desde el día de recoger/enviar para evitar cargos por demora. Yo no estaré cargado por el uso del tanque mientras que el tanque este devuelto antes o en la fecha esperada.
- Entiendo que si el tanque no está devuelto antes o en la fecha esperada, mi tarjeta de crédito estará cargada un cargo por demora de \$35.00 cada día hasta el tanque este devuelto.
- Entiendo que es mi responsabilidad programar una cita con CryoGam para devolver el tanque. (No es necesario programar cita para devolver el tanque si usted está *enviando* el tanque al CryoGam).
- Entiendo que yo/mi doctor tiene que devolver el tanque en una condición apropiada para funcionar. Entiendo que si el tanque está dañado sobre regreso, mi tarjeta de crédito estará cargado una cuota de reemplazo de \$900.00.
- Estoy de acuerdo de prestar mi tarjeta de crédito/débito (VISA, MasterCard, o Discover) para que CryoGam pueda guardar en archivo la información. (Información de tarjeta de crédito/débito tiene que estar presentado al tiempo del ordenar o al tiempo de recoger el orden). Entiendo que algunos cargos de demora o una cuota de reemplazo estarán cargados a mi tarjeta de crédito, como se indica anteriormente.

He leído y entendido todas las declaraciones escritas en este Acuerdo del Alquiler del Tanque de Nitrógeno Líquido, y estoy de acuerdo de cumplir con los términos.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Recibido por:** \_\_\_\_\_

Empleado de CryoGam

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**2216 Hoffman Dr. Unit B**

**Loveland, CO 80538**

**800-473-9601**