

Costi per la crioconservazione delle cellule staminali

1. Gravidanza singola

Prezzo totale per la conservazione ventennale:

Sangue cordonale € 2.050
Sangue + Tessuto Cordonale € 2.370

Prezzi Speciali

2. Gravidanza gemellare:

- Gemelli **omozigoti** (placenta unica con due cordoni ombelicali): in questo caso deve essere effettuato un unico prelievo di sangue/tessuto cordonale e, di conseguenza, esso sarà trattato come un unico campione. Nel caso vogliate conservare 2 campioni separati in 2 cryobag, potremo farlo solo se è disponibile sangue a sufficienza.
Contattateci per maggiori informazioni

Prezzo totale per la conservazione ventennale:

Sangue cordonale € 2.050
Sangue + Tessuto Cordonale € 2.370

- Gemelli **eterozigoti**: in questo caso sono richiesti 2 KIT di raccolta. Noi della FH intendiamo offrire ai genitori la migliore qualità possibile e servizi a prezzi competitivi nel nostro laboratorio completamente accreditato. Pertanto offriamo ai genitori di gemelli eterozigoti uno sconto all'incirca pari al 50 % per uno dei due gemelli.

Prezzo totale per la conservazione ventennale:

Sangue cordonale € 3.075
Sangue + Tessuto Cordonale € 3.555

3. Clienti FH che hanno figli successivi al primo

Se avete già conservato il sangue/tessuto cordonale del Vostro bambino con noi, saremmo lieti di offrirVi un significativo sconto per la raccolta e la conservazione delle cellule staminali per ogni ulteriore bambino che avrete in futuro.

Ciò rappresenta una dimostrazione della nostra gratitudine per aver Voi scelto FH come Vostra Banca per la conservazione delle cellule staminali.

Prezzo totale per la conservazione ventennale:

Sangue cordonale € 1.775
Sangue + Tessuto Cordonale € 2.070

Modalità di Pagamento

Sono previste le seguenti modalità di pagamento:

1) VERSAMENTO IN UN'UNICA SOLUZIONE

a) ASSEGNI intestati a Future Health Technologies Ltd.

sono da spedire a:
Future Health Technologies Limited
10, Faraday Building
Nottingham Science & Technology Park
University Boulevard
Nottingham NG7 2QP

b) CARTA DI CREDITO

Accettiamo, per tutti i nostri servizi (acconto del kit e/o saldo), pagamenti esclusivamente con Carte di Credito VISA e MasterCard.

Se scegliete di pagare con Carta di Credito Vi chiediamo di compilare il modulo "Istruzioni per il pagamento con carta di credito" (pagina 10) e di inviarcelo, via fax, al numero 06 90251633.

c) BONIFICO BANCARIO

Per l'acconto per il Kit (da effettuare per ricevere il kit di raccolta)

Banca:	BANCA POPOLARE DI MILANO
Titolare del conto:	FUTURE HEALTH TECHNOLOGIES LIMITED
Numero del conto:	399/15397
IBAN:	IT03F0558401697ELCEU0015397
SWIFT:	BPMIITMM251 oppure BPMIITMMXXX

Per il saldo (da effettuare dopo conferma del buon esito della conservazione)

Banca	NATIONAL WESTMINSTER BANK
Titolare del conto:	FUTURE HEALTH TECHNOLOGIES LIMITED
Città	NOTTINGHAM- UK
IBAN	GB86 NWBK 6072 0938500 264
BIC	NWBKGB2L
Swift	NWBKGB2104A

IMPORTANTE - PER I BONIFICI:

Bonifico allo Sportello :

Dovrete far presente allo sportello della Vostra banca che il bonifico deve essere ASSOLUTAMENTE fatto con la procedura di bonifico estero (bonifico unico europeo), perché altrimenti non viene accettato.

Per semplificare la procedura, in caso di bonifico estero, chiedere di inserire **prima** il codice SWIFT e **poi** l'IBAN. Nel caso di bonifico unico europeo serve soltanto l'IBAN.

Bonifico Online:

Se effettua il bonifico online dovrà effettuare procedura di bonifico unico europeo o SEPA.

Vi chiediamo di non inviare nessun documento alla Banca sopraindicata.

Se scegliete di pagare tramite bonifico bancario, Vi chiediamo di inviarci LA RICHIESTA DI BONIFICO **via fax** al numero 06 90251633 o **via e-mail** all'indirizzo: infoitalia@futurehealth.co.uk

Al fine di consentirci di identificare correttamente il Vostro pagamento, Vi ricordiamo di indicare:

- a- Per il pagamento del kit : il Vostro Nome ed il Codice Kit
- b- Per il pagamento del saldo: il Vostro Nome ed il Codice del Campione

Il mancato e/o ritardato pagamento, salve ed impregiudicate le facoltà e/o i diritti previsti dall'accordo per la conservazione delle cellule staminali, darà diritto alla Future Health Italia Srl, a ciò espressamente autorizzata dalla Future Health Technologies, a procedere all'immediato recupero dell'importo dovuto.

2. PAGAMENTO RATEALE

(solo per il saldo, non include l'acconto per il kit)

L'importo relativo al processo delle cellule staminali ed alla loro crioconservazione per 20 anni (che, in dettaglio, è evidenziato alla pagina 11 per i vari casi che possono presentarsi), con esclusione dell'anticipo, potrà essere pagato a rate; in tal caso Vi chiediamo di compilare l'allegato modulo "Pagamento Rateale" (pagine 11 e 12).

La scelta del pagamento va effettuata al momento stesso in cui viene firmato il contratto.

Pagina 13 – da inserire all'interno del kit

Pagina 11 e 12 – da portare in Banca per attivare il pagamento rateale (dopo la conferma del buon esito della conservazione) ed inviarci, via fax, assieme alla copia della contabile della disposizione di bonifico permanente.

Istruzioni per il Pagamento con Carta di Credito

Nel caso intendiate effettuare con Carta di credito i Vostri pagamenti, dovrete compilare la parte sottostante del presente modulo e spedirlo, via fax, a Future Health Italia S.r.l. (fax: 0039 06 90251633).

Accettiamo: VISA, Master Card (**non** si accettano: American Express; Diners; carte prepagate).

“Vogliate addebitare sulla mia Carta un pagamento di € _____ come appresso indicato”:

Numero Carta:	(Questo è il numero di 16 cifre)
Codice di Sicurezza:	(Questo è il numero di 3 cifre che troverete sul retro della Vostra carta, sulla striscia della firma)
Validità Carta:	Da: Scadenza:.....
Intestatario della Carta:	
Firma dell'Intestatario:	

Nel caso l' intestatario della Carta di Credito non fosse la stessa persona indicata sul contratto, Vi chiediamo di riportare i seguenti dati:

Indirizzo dell'Intestatario della Carta:	
Codice Postale:	
Paese:	
Numero di Telefono:	

P a g a m e n t o R a t e a l e
Opzione 12 mesi

(tale documento è da intendersi **parte integrante del contratto base**)

Io sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

avendo stipulato un contratto per il processo e la crioconservazione delle cellule staminali provenienti:

➤ dal sangue cordonale del mio bambino

➤ dal sangue cordonale e dal tessuto cordonale del mio bambino

dichiaro di scegliere, per il pagamento del servizio, **la formula rateale a 12 mesi** alle seguenti condizioni:

CASO	SOTTOCASO	Periodicità pagamento rateale	N. Totale Rate [3]	IMPORTI (€)			Spese per istruttoria pratica [3]
				Importo da rateizzare [1]	Importo Rata	Importo globale rateizzato[2] [3]	
Parto singolo o gemellare omozigote	Solo Sangue Cordonale	Mensile	n. 12	1.750	157	1.883	96
	Sangue Cordonale + Tessuto Cordonale			2.070	186	2.233	96
2° Figlio con FH o Ginecologo che partorisce con FH	Solo Sangue Cordonale			1.475	132	1.589	72
	Sangue Cordonale + Tessuto Cordonale			1.770	158	1.899	96
Parto gemellare eterozigote	Solo Sangue Cordonale			2.475	222	2.666	144
	Sangue Cordonale + Tessuto Cordonale			2.955	265	3.180	168

Note:

[1] ovvero importo dell'ordine **con esclusione** dell'anticipo (che non viene rateizzato)

[2] Importo comprensivo del tasso di interesse calcolato come per legge.

[3] Per le modalità di pagamento si rinvia alla pagina 7.

P a g a m e n t o R a t e a l e

Opzione 24 mesi

(tale documento è da intendersi **parte integrante del contratto base**)

Io sottoscritto/a _____
(nome e cognome)

avendo stipulato un contratto per il processo e la crioconservazione delle cellule staminali provenienti:

- dal sangue cordonale del mio bambino
- dal sangue cordonale e dal tessuto cordonale del mio bambino

dichiaro di scegliere, per il pagamento del servizio, la formula rateale a 24 mesi alle seguenti condizioni:

CASO	SOTTOCASO	Periodicità pagamento rateale	N. Totale Rate [3]	IMPORTI (€)			
				Importo da rateizzare [1]	Importo Rata	Importo globale rateizzato[2] [3]	Spese per istruttoria pratica [3]
Parto singolo o gemellare omozigote	Solo Sangue Cordonale	Mensile	n. 24	1.750	84	2.016	96
	Sangue Cordonale + Tessuto Cordonale			2.070	100	2.395	96
2° Figlio con FH o Ginecologo che partorisce con FH	Solo Sangue Cordonale			1.475	71	1.704	72
	Sangue Cordonale + Tessuto Cordonale			1.770	85	2.028	96
Parto gemellare eterozigote	Solo Sangue Cordonale			2.475	119	2.856	144
	Sangue Cordonale + Tessuto Cordonale			2.955	142	3.404	168

Note: [1] ovvero importo dell'ordine **con esclusione** dell'anticipo (che non viene rateizzato)

[2] Importo comprensivo del tasso di interesse calcolato come per legge.

[3] Per le modalità di pagamento si rinvia alla pagina 7.

IMPORTANTE

PROCEDURA BONIFICO BANCARIO PERMANENTE

Per l'attivazione dei pagamenti, procederò come segue:

1) Spese per istruttoria pratica: effettuerò il pagamento a mezzo bonifico ordinario (una tantum), per il quale farò riferimento alle Vostre coordinate bancarie di seguito indicate:

- Intestatario: Future Health Italia Srl
- Istituto: Credito Artigiano
- Agenzia: n. 16 - Roma
- IBAN: **IT 04A 03512 03216 000 000 000 979**
- Codice SIA: ASFDC
- Codice Cliente: codice fiscale della Mamma o dell'intestatario del C/C

Tale bonifico verrà da me effettuato contestualmente alla mia decisione di optare per il pagamento rateale.

Nelle clausole di pagamento provvederò ad indicare: **nome; cognome; codice campione; indirizzo di residenza** e la dicitura “**spesa per istruttoria della pratica**”.

2) Pagamento delle rate: effettuerò il pagamento a mezzo bonifico permanente per 12 o 24 mesi, a seconda dell'opzione scelta, per il quale farò riferimento alle stesse Vostre coordinate bancarie utilizzate per il bonifico relativo alle spese di istruttoria.

In particolare, effettuerò il pagamento relativo alla 1^a rata nel mese immediatamente successivo a quello in cui ho effettuato il pagamento delle spese di istruttoria; pagherò, poi, le successive rate in ognuno dei mesi successivi (11 o 23) a seconda dell'opzione scelta.

Nella causale di pagamento rateale provvederò ad indicare: **nome; cognome; codice campione; indirizzo di residenza** e la dicitura “pagamento rateale”.

Per i pagamenti relativi alle rate, allego alla presente ordine permanente di bonifico, timbrato e firmato dalla mia Banca

Prendo atto, in particolare, che il mancato e/o ritardato pagamento, anche di N. 1 sola rata, comporterà l'automatica **decadenza del beneficio del termine concesso**, senza necessità di ulteriore formalità, con diritto della Future Health Italia Srl, giusta procura della Future Health Technologies, a procedere per l'immediato recupero del saldo ancora dovuto.

Prendo, inoltre, atto che i miei versamenti (sia per le spese di istruttoria che per le successive rate) verranno effettuati su un conto corrente intestato a Future Health Italia Srl, in quanto **delegata**, giusta procura, al servizio di incasso, in nome e per conto della Future Health Technologies, per le competenze relative al pagamento rateale.

Prendo, infine, atto che **il presente modello costituisce parte integrante del contratto da me firmato.**

Firma

(Città)

(data)

A T T E N Z I O N E

N.B.: Il presente modulo (pag. 5; 6; 7), debitamente compilato e firmato, dovrà essere consegnato, ad opera del Cliente, alla propria Banca, per l'attivazione della procedura di Bonifico permanente; successivamente dovrà essere inviato via fax (06-90251633) a FHI, con allegata autorizzazione all'addebito da parte della Banca.

MODALITA' DI PAGAMENTO / METHOD OF PAYMENT

- **Pagamento in un'unica soluzione / Full Payment**
- **Pagamento rateale (12 rate)/ Installment Payment (12 installments)**
- **Pagamento rateale (24 rate)/ Installment Payment (24 installments)**

Segnalare la modalità scelta e inserire questo documento all'interno del kit / Please tick chosen method of payment and place the document into the kit

Firma/Signature _____

Data/Date _____