



1515 Snow Valley Road  
Minesing, ON L0L 1Y3

Libre de cargos:

866-813-3357

Fax: 705-739-9684 (24hr)

ventas@solarcsystems.com

## FORMULARIO DE ORDENAR FOTOTERAPIA EN EL HOGAR EEUU & Internacional (5 Páginas)



### Direcciones para el uso:

1. Lea y entienda los "Términos y Condiciones de Venta", luego complete cada sección aplicable del formulario.
2. Haga que su Médico o Dermatólogo (DR. O Enfermera) complete la sección "Aprobación Profesional de Salud" **O** anexe una prescripción médica para el equipo. Esto se requiere para envíos hacia EEUU solamente. Por favor conserve copias para sus registros.
3. Envíe su orden a Solarc por fax, correo electrónico o postal. Asegúrese de incluir todas las partes de este formulario. Una vez recibido, Solarc le reconocerá su orden y proveerá las informaciones de envío.

Cant.	Número de Pieza	Descripción del Producto	Precio Unit.	Total
<b>Serie-E – Fototerapia Expandible / Multidireccional:</b> panel de 6 pies, dos lámparas UVB-Banda Estrecha de 100-vatios.				
	E720M-UVBNB	E -MAESTRO con temporizador. Siempre se requiere primero	\$ 1195.00	
	E720A-UVBNB	E -ADICIONABLE (se permiten hasta 4 por equipo Maestro)	\$ 995.00	
	Face Shield-M	Escudo Facial para equipo MAESTRO	\$ 35.00	
	Face Shield-A	Escudo Facial para equipo ADICIONABLE	\$ 35.00	
<b>Fototerapia Cuerpo Completo en el Hogar: SolRx™ Serie 1000:</b> Panel de 6 pies con lámparas de 100-vatios.				
	1790UVB-NB	10 Lámparas UVB Banda Estrecha (1000 vatios)	\$ 2895.00	
	1780UVB-NB	8 Lámparas UVB Banda Estrecha (800 vatios)	\$ 2595.00	
	1760UVB-NB	6 Lámparas UVB Banda Estrecha (600 vatios)	\$ 2295.00	
	1740UVB-NB	4 Lámparas UVB Banda Estrecha (400 vatios)	\$ 1995.00	
	1760UVB	6 Lámparas UVB Banda Ancha (600 vatios)	\$ 2095.00	
	1740UVB	4 Lámparas UVB Banda Ancha (400 vatios)	\$ 1795.00	
<b>Fototerapia para Manos/Pies &amp; Áreas: SolRx™ Serie 500:</b> Equipo de-mesa con lámparas de 36 vatios. (PL-L36W/01)				
	550UVB-NB	5 Lámparas UVB Banda Estrecha (180 vatios)	\$ 1695.00	
	530UVB-NB	3 Lámparas UVB Banda Estrecha (108 vatios)	\$ 1395.00	
	520UVB-NB	2 Lámparas UVB Banda Estrecha (72 vatios)	\$ 1195.00	
<b>Fototerapia Serie 100 De-Mano:</b> Pequeña barra con dos lámparas de 9-vatios. Incluye estuche y un juego de placas de aperturas. El Brazo de Posición y el Cepillo UV-Brush para cuero cabelludo son opcionales.				
	120UVB-NB	2 Lámparas UVB Banda Estrecha (18 vatios)	\$ 795.00	
	120UVB	2 Lámparas UVB Banda Ancha (18 vatios)	\$ 795.00	
	Arm-100	Kit Brazo de Posición para equipos Serie 100	\$ 245.00	
	UV-Brush-100	Cepillo UV-Brush para el Serie 100 (1)	\$ 50.00	
	AP-100	Repuestos de Placas de Apertura para Serie 100, juego de 6	\$ 25.00	
<b>Lámparas Ultravioleta para Reemplazo Común:</b> Envío & Empaque Extra. Hay disponible muchos otros tipos de lámparas UV.				
	TL100W/01	Philips UVB Banda Estrecha, 6 pies "Larga"	\$ 120.00	
	TL100W/01-FS72	Philips UVB Banda Estrecha, 6 pies "FS72" o "Corta"	\$ 120.00	
	PL-L 36W/01	Sirve al Solarc Serie 500 UVB Banda Estrecha, Philips	\$ 105.00	
	PL-S 9W/01	Sirve al Solarc Serie 100 UVB Banda Estrecha, Philips	\$ 45.00	
	PL-S 9W/12	Sirve al Solarc Serie 100 UVB Banda Ancha, Philips	\$ 45.00	
	FS72T12/UVB/HO	Sirve a Solarc UVB Banda Ancha de 6 pies y a muchos otros	\$ 110.00	
	Envío	Para lámparas de reemplazo/puntos lejanos. Llame para precios	\$ Llame	
<b>Compra Total US\$</b>				

### Notas:

1. El precio de "Compra Total" es el monto total pagable, y el único cargo que se hará a su tarjeta de crédito. Este monto incluye todos los fletes, aranceles y corretajes. Solarc Systems no recolecta ningún impuesto de EEUU ni internacional. Si algún impuesto de EEUU o internacional aplica, ellos serán pagados por el comprador.
2. Todos los equipos vienen completamente ensamblados con lámparas ultravioletas nuevas, 1 par de gafas protectoras de ultravioleta, exhaustivo Manual del Usuario con guías de exposiciones para psoriasis & vitiligo, y las piezas de montajes necesarias. No hay nada más que usted necesite comprar.
3. El envío está incluido hacia la mayoría de lugares en EEUU Continental. Cargos extras aplican para puntos más lejanos & Internacional.
4. El Departamento Homeland Security de EEUU ahora requiere que las importaciones mayores a US\$2000 deben identificar al "consignatario final" usando el número de seguridad social del cliente (SSN). Por favor éntrelo\* en la página 2 si se requiere.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE / PERSONA RESPONSABLE** (Favor escribir claramente)

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre Persona Responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

\*Si la compra es mayor de US\$2000, proporcione su SSN# aquí: \_\_\_\_\_

**Solarc Systems Inc. Términos y Condiciones de Venta para Equipos de Fototerapia Ultravioleta:**

1. El "Equipo" se define como un Equipo de Fototerapia Ultravioleta Solarc/SolRx o lámparas de Fototerapia Ultravioleta.
2. El "Paciente" se define como la persona destinada a recibir tratamientos de piel con ultravioleta usando el Equipo.
3. La "Persona Responsable" se define como el Paciente o cualquier persona que esté al cuidado o en custodia del Paciente, tales como un padre, tutor, o guardián.
4. El "Profesional de la Salud" se define como un doctor en medicina (DR. o MD) o practicante de enfermería calificado para proporcionar asesoramiento sobre fototerapia ultravioleta y calificado para realizar exámenes de piel para cáncer de piel y otros efectos adversos.
5. La Persona Responsable reconoce que ellos han sido avisados por Solarc Systems para que busquen el asesoramiento de un Profesional de la Salud para asegurar que la fototerapia ultravioleta es una opción de tratamiento adecuada para el diagnóstico del Paciente y para evaluar la habilidad de la Persona Responsable para usar el Equipo con de forma segura.
6. La Persona Responsable acepta que el Equipo será usado sólo por el Paciente.
7. La Persona Responsable acepta que el Equipo será usado solamente si la Persona Responsable arregla y obtiene un examen de piel para el paciente realizado por un Profesional de la Salud al menos una vez por año.
8. La Persona Responsable acepta indemnizar y eximir de responsabilidad al Profesional de la Salud y/o a Solarc Systems Inc. y/o a cualquier revendedor asociado por cualquier acción o reclamo si la Persona Responsable falla en arreglar y obtener para el Paciente un examen de piel realizado por un Profesional de la Salud al menos una vez por año.
9. Para compras de Equipos de Lámparas de Fototerapia Ultravioleta Solarc/SolRx, la Persona Responsable acepta leer y entender completamente el Manual del Usuario proporcionado con el Equipo antes del primer tratamiento del Paciente. Si alguna parte del Manual del Usuario no fue entendida, la Persona Responsable acepta consultar con un Profesional de la Salud para la interpretación. La Persona Responsable acuerda solicitar un remplazo del Manual del Usuario si el original se pierde. (Un reemplazo del Manual del Usuario será proporcionado gratis por Solarc Systems Inc.).
10. La Persona Responsable acepta que el Paciente y todas las otras personas expuestas a la luz ultravioleta producida por el Equipo tendrán puestas las gafas de protección ultravioleta durante la operación del Equipo.
11. La Persona Responsable entiende que, tal como la luz natural del sol, el uso del Equipo puede causar efectos adversos, incluyendo, pero no limitado a envejecimiento prematuro de la piel y cáncer de piel. La Persona Responsable acepta que el Profesional de la Salud y/o Solarc Systems Inc. y/o cualquier revendedor asociado no es responsable por cualquier efecto adverso derivado del uso o mal uso del Equipo.
12. Para Equipos Serie-E, la Persona Responsable acepta que los Equipos ADICIONABLES solo serán conectados a y operados desde un Equipo MAESTRO Solarc Serie-E, hasta un máximo de 4 Equipos ADICIONABLES por Equipo MAESTRO.
13. Esta transacción y sus términos y condiciones deberán ser gobernados por las leyes de Ontario y las leyes de Canadá aplicables en Ontario.
14. Solarc Systems Inc. y la Persona Responsable acuerdan aceptar las firmas por fax y que ellas deberán ser legales y vinculantes.

**Yo entiendo y acepto lo de arriba:**Firma Persona Responsable: **X** \_\_\_\_\_ Fecha: **X** \_\_\_\_\_**INFORMACIÓN DE ENVÍO** **La misma de arriba**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telf.: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

**Política de Envío del SolRx Serie 1000:** Este es un paquete con sobrepeso (>70lbs). No es posible para el mensajero llamar antes que el envío sea entregado. Si nadie está presente a la hora de entrega, el mensajero dejará el paquete en la dirección "Enviar a" (Ship to) y la entrega será considerada completa. Solarc proporciona el número de hoja de ruta (waybill) y la información de contacto del mensajero para que el paquete pueda ser rastreado, y predicho el tiempo de entrega. Si la seguridad es un problema, se recomienda fuertemente que la dirección "Enviar a" (Ship to) sea una donde probablemente tendrá a alguien durante las horas de labores, tales como un lugar de una empresa. Para mover el equipo se requiere al menos una minivan, camioneta cerrada o abierta O si el equipo se saca de la caja podría caber en una pequeña vagoneta. Los tiempos típicos de entrega son de 3 a 9 días laborables para artículos en existencia.

**INFORMACION DE TARJETA DE CRÉDITO  VISA o  MASTERCARD solamente**

(Favor de escribir claramente)

Nombre del Tarjetahabiente: \_\_\_\_\_ Compra Total: US\$ \_\_\_\_\_

Tarjeta de Crédito #: \_\_\_\_\_

Fecha de Expiración (mm:aa) \_\_\_\_\_

“código CVD” de 3-dígitos detrás de la tarjeta de crédito \_\_\_\_\_

Acepto pagar al emisor de la tarjeta la cantidad indicada de conformidad con el acuerdo de la tarjeta.

Firma del Tarjetahabiente:  \_\_\_\_\_ Fecha:  \_\_\_\_\_

Alternativamente, los clientes pueden llamar al 866-813-3357 (o al 705-739-8279) y proporcionar la información de su tarjeta de crédito verbalmente. Clic el cuadro de abajo si esa es su preferencia.

Llamaré a Solarc y proporcionaré la información de mi tarjeta de crédito verbalmente.

Solarc puede requerir la dirección del tarjetahabiente.

Precios válidos desde **01 Abril 2012** y sujetos a cambio sin previo aviso.

Nota: En raros casos, algunas compañías de tarjetas de crédito han estado cargando al tarjetahabiente un “cargo por transacción” extra. Estos cargos no son típicos, están completamente fuera del control de Solarc, y son pagables por el comprador.

Continúa...

Haga que su Profesional de la Salud (Doctor Médico o Practicante de Enfermería) complete la siguiente sección de "Aprobación del Profesional de Salud" **O** anexe una prescripción médica separada donde se indica abajo. Conserve una copia de su prescripción para sus registros. Este requisito es solamente para envíos hacia EEUU, por la ley EEUU Federal 21CFR801.109. Las

### Aprobación del Profesional de Salud

Para ser completado por el Profesional de la Salud (Doctor Médico o Practicante de Enfermería)  
**O** anexe una prescripción médica separada abajo.

Mediante esta autorizo a mi Paciente, \_\_\_\_\_ a obtener un Equipo de Fototerapia Ultravioleta  **UVB-Banda Estrecha**  **UVB-Banda Ancha** Para el Hogar como se especifica arriba. La Persona Responsable entiende que debe leer y entender el Manual del Usuario antes de usar el Equipo, y que debe organizarse para obtener un examen de piel realizado por un Profesional de la Salud al menos una vez por año.

Nombre del Profesional de la Salud: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de Telf.: \_\_\_\_\_ Número de Fax::: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

Soy un:  **Dermatólogo**  **GP**  **Otro:** \_\_\_\_\_

Favor de Enviarme **información adicional** sobre: productos de fototerapia  **Solarc**  **UVB Banda Estrecha.**

prescripciones son opcionales para envíos internacionales.

Si está enviando por fax, utilice esta área para anexar prescripción médica. Pegue con cinta adhesiva todo el borde superior completamente para prevenir atasco de papel en la máquina de fax.

El siguiente **ACUERDO DE RECONOCIMIENTO E INDEMNIZACIÓN** es un acuerdo **OPCIONAL** entre la Persona Responsable y el Profesional de la Salud (Doctor Médico o Practicante de Enfermería). Su Profesional de la Salud puede pedirle a usted que firme este acuerdo antes de emitir una prescripción para un Equipo de Fototerapia Ultravioleta para el Hogar:

**ACUERDO DE RECONOCIMIENTO E INDEMNIZACIÓN**

A: \_\_\_\_\_ (Nombre del Profesional de la Salud)

DE: \_\_\_\_\_ (Nombre de la Persona Responsable)

\_\_\_\_\_ (Nombre del Paciente)

**RE:**

Yo, \_\_\_\_\_ POR LA PRESENTE RECONOZCO Y CONFIRMO que he consultado con el Profesional de la Salud arriba nombrado, para asistirme con la selección inicial y el uso seguro de continuación de un Equipo de Fototerapia Ultravioleta en el Hogar (el “Equipo”).

ADEMÁS RECONOZCO Y CONFIRMO POR ESTE MEDIO que he leído y entendido completamente el contenido, las limitaciones y las instrucciones contenidas en los **Términos y Codiciones de Venta para Equipos de Fototerapia Ultravioleta en el Hogar de Solarc Systems Inc.** (el “Documento de Información”), incluyendo pero no limitado a los siguientes requisitos específicos:

- a) La Persona Responsable acepta que el Equipo será usado sólo si la Persona Responsable arregla y obtiene para el Paciente un examen de piel realizado por un Profesional de la Salud al menos unavez por año.
  
- b) La Persona Responsable entiende que, como con la luz natural del sol, el uso del Equipo puede causar efectos adversos, incluyendo, pero no limitado a envejecimiento prematuro de piel y cáncer de piel. La Persona Responsable acepta que el Profesional de la Salud no es responsable por cualquier efecto adverso proveniente del uso o mal uso del Equipo.

ADEMÁS RECONOZCO Y CONFIRMO que he sido notificado(a) de las implicaciones de no seguir las instrucciones contenidas en el Documento de información, incluyendo, pero no limitado a, la posibilidad de cáncer de piel no detectado u otros efectos adversos, y mediante esta indemnizar y no responsabilizar al Profesional de la Salud arriba nombrado con respecto a cualquier acción que yo pueda tener contra el Profesional de la Salud arriba nombrado o cualquiera de sus practicantes afiliados o corporaciones profesionales si yo no cumpla con mis obligaciones expresas contenidas en el Documento de Información, incluyendo pero no limitado a proporcionar mi dirección actual e información de contacto completa a dicho practicante.

FECHADO en \_\_\_\_\_ (ciudad), a los \_\_\_\_ días de \_\_\_\_\_ (mes), \_\_\_\_ (año).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Testigo*

*Firma de la Persona Responsable*