

Medtronic
17F, Glass Tower, #534,
Teheran-ro, Gangnam-gu,
Seoul, 06181, South

SYNTACTX

Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System

SAFE-N LIMITED WARRANTY

SAFE-N Limited Warranty: 환자 및 의료진 지원 프로그램에 대한
간병인 위임

해당 양식을 작성하고 서명한 후 Syntactx 에 제출하시기 바랍니다. 양식을 작성하는 데 질문이 있으신 경우, Korea SAFE-N 헬프라인 유선전화 (080 877 5334) 혹은 이메일 SAFE-N-Reimburse@syntactx.com 으로 문의하여 주시기 바랍니다.

환자 성함: _____

주소: _____

우편번호: _____

간병인 위임문

본인, (성함)_____은/는, Valiant Navion™ Thoracic Stent Graft System 를 이식한 환자로 SAFE-N Limited Warranty 프로그램에 참여 대상입니다. 본인은 (성함)_____을/를, 본인의 간병인으로 정하고 본인을 대신하여 SAFE-N Limited Warranty 프로그램 스폰서 및 관리자에게 연락하도록 위임합니다. 간병인은 가족 구성원이거나 가족 구성원이 아닐 수 있습니다.

SAFE-N Limited Warranty 프로그램에 참여하기 위해 본인은 간병인이 본인의 환자 기록 (성함, 주소, 생년월일, 이메일 주소, 의료 진단 및 청구 기록을 포함할 수 있음) 및 기타 보호 대상 건강 정보를 Syntactx 에 공개할 수 있도록 위임합니다.

본인은 위임을 언제든지 서면으로 철회할 수 있음을 이해합니다. 위임 철회는 Syntactx 에 서면으로 제출해야 합니다. 본인이 다른 날짜에 위임을 철회하기로 선택하지 않는 한, 본인의 사망일로부터 1 년 후 위임이 만료됩니다. 위임 철회를 요청하면 철회 이후 정보 공개에 영향을 미치며, Syntactx 가 서면 철회를 받기 전에 이루어진 정보 공개에는 영향을 미치지 않음을 이해합니다.

본인은 치료, 지불, 등록, Synctactx 지원 자격 또는 Syntactx 로부터 받게되는 지원이 권한 위임에 서명했는지 여부에 달려있지 않음을 이해합니다. 본인은 위임의 일부로 공개된 모든 정보가 향후 추가로 공개될 수 있으며 개인정보 보호법에 의해 더 이상 보호되지 않을 수 있음을 이해합니다.

본인은 SAFE-N Limited Warranty 프로그램이 자발적이며 프로그램에 참여하는 개인이 책임을 인정하거나 권리를 포기하기 위한 것이 아님을 이해합니다.

본인은 이 양식에 포함되거나 제공된 진술과 정보가 사실이고 정확하며 완전함을 확인합니다. 이 양식에 서명함으로써 본인은 위의 모든 사항을 읽고 수락하였으며, 서명된 양식의 사본을 제공받았음을 인정합니다.

환자 서명: _____ 서명일자: _____

환자 간병인 정보

환자 간병인 성함: _____

환자 간병인 이메일: _____

환자 간병인 주소: _____

우편번호: _____

환급은 검토 및 승인을 통해 진행되며, 검토 과정에서 추가 한도가 있을 수 있습니다. 본 SAFE-N Limited Warranty 은 명시된 조건으로만 제한되며, 영상촬영, 중재술 혹은 혈관용스텐트 사용과 관련된 진술, 판단, 승인 또는 책임 추정을 의미하지 않습니다. 본 SAFE-N Limited Warranty 를 포함하여 자발적 제품 회수와 관련하여 메드트로닉의 조치는 환자, 의료진, 의료전문가 또는 제 3 자에 대한 과실이나 책임을 인정하는 것으로 해석되지 않습니다. 메드트로닉은 **Health Savings Account** 또는 기타 세금 우대 건강 플랜에 참여할 환자의 자격에 대한 환급의 잠재적 영향과 관련하여 어떠한 대변도 하지 않습니다. 필요에 따라 세무사와 상담하시기 바랍니다. **All rights reserved.**