DOMICILIACION BANCARIA TARJETA DENTAL

Nº TARJETA _____

DATOS DEL TITULAR DE LA TARJETA:

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____DNI:_____

DOMICILIO: _____ COD. POSTAL: _____

POBLACION: _____PROVINCIA:_____ FECHA TARJETA: _____

TELEFONOS: _____ E-MAIL: _____

DATOS DE DOMICILIACIÓN BANCARIA:

BANCO				SUCURSAL				DC		CODIGO CUENTA									

Autorizo a Clínica Constitución, S.L. a enviar a mi cuenta el recibo anual pertinente de # 25 € # (Veinticinco Euros), correspondientes al mantenimiento de la TARJETA DENTAL, a partir de Este momento quedo suscrito a su Tarjeta Dental y obtengo los beneficios de la misma.

Pudiendo en cualquier momento, que yo decida suspender este acuerdo, así como desestimar la Domiciliación bancaria pertinente.

El compromiso de la Clínica Dental es de otorgarme descuentos del orden del (20 / 25%) sobre el precio de particular, en las actuaciones dentales.

Se establece que la tarjeta Dental tiene cobertura de unidad familiar.

En cumplimiento de la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que sus datos personales están introducidos en nuestro fichero automatizado de datos personales creado por y para CLINICA CONSTITUCIÓN, S.L., con el fin de remitirle información comercial y/o realizar tareas propias de la empresa en su beneficio. Para ejercitar su derecho de acceso, modificación, cancelación u oposición a su tratamiento le rogamos la haga a través de correo electrónico a: clinica@clinicalaconstitucion.com

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA:

Fdo.: