

DATOS PARA ALTA CLIENTE LABORATORIO CROMA

Razón Social	
NIF	
Nombre de la clínica	
Dirección de Facturación	
Código Postal	
Población	
Provincia	
Teléfono	
Dirección correo electrónico	
Horario de la clínica:	<i>Este campo se utilizará para el envío de la factura en formato digital</i>

DATOS DE FACTURACIÓN Y COBRO

Facturamos el último día del mes incluyendo todos los trabajos acabados entregados durante ese mes. El envío de la factura se hace por correo electrónico es importante que nos lo indiquen. Pago de la factura mediante giro bancario a los diez días del mes siguiente a la fecha de la factura.

Nº DE CUENTA IBAN: Rellenar orden autorización SEPA adjunta

Le informamos conforme a lo previsto en el RGPD de 27 de abril de 2016 que CROMA DENTAL CABO CASAS, S.L., recaba y trata sus datos de carácter personal, aplicando las medidas técnicas y organizativas que garantizan su confidencialidad, con la finalidad de gestionar la relación que le vincula. Usted da su consentimiento y autorización para dicho tratamiento. Conservaremos sus datos de carácter personal únicamente el tiempo imprescindible para gestionar nuestra relación. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición dirigiéndose a CROMA DENTAL CABO CASAS, S.L. con dirección C/ EMILI JUNCADELLA 20-22 LOCAL,ESPLUGUES DE LLOBREGAT,08950,BARCELONA.

☐ Consiento expresamente el envío de comunicaciones comerciales