

Por favor, remita a FRANHUR Salud Integral Multidisciplinar S.L. este formulario para incluir en nuestro fichero de clientes.

Puede remitírnoslo, por cualquiera de los siguientes procedimientos:

Por fax al número: 91 501 11 82

Por correo a: Plaza Conde de Casal,8,1°C-Izq; 28007-Madrid

Por email a: [franhursim@franhur.es](mailto:franhursim@franhur.es)

DATOS DE LA EMPRESA			
<b>Datos de la razón social:</b>			
<b>Nombre comercial (si distinto):</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Código postal:</b>	<b>Municipio:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>C.I.F./N.I.F.:</b>	<b>Fecha de alta:</b>		
<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b>		
<b>Fax:</b>	<b>Email:</b>		
<b>Persona de contacto:</b>			
DATOS DE ENVÍO			
<b>Dirección:</b>			
<b>Código postal:</b>	<b>Municipio:</b>	<b>Provincia:</b>	
<b>Teléfono:</b>	<b>Móvil:</b>		
<b>Fax:</b>	<b>Email:</b>		
<b>Persona de contacto:</b>			
<b>Agencia de transportes del cliente para portes debidos:</b>	<b>Nombre:</b>		
	<b>Tif:</b>	<b>Fax:</b>	
	<b>Persona de contacto:</b>		
	<b>Número de cuenta:</b>		
DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA			
<b>Nombre de la entidad:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Teléfono:</b>		<b>Fax:</b>	
<b>Cód. Entidad</b>	<b>Sucursal</b>	<b>D.C.</b>	<b>Número de cuenta</b>
<b>Forma de pago:</b>	<b>Domiciliación bancaria:</b>		
	<b>Otra:</b>		
<b>El primer pedido se despachará una vez recibido la transferencia bancaria del importe de la factura</b>			
<b>ALBARANES/FACTURAS</b>	<b>Número de copias:</b>	<b>Albaranes valorados:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<b>Recargo de equivalencia:</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<p>De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la cumplimentación del presente formulario, quedan informados y aceptan la incorporación de sus datos en los ficheros informatizados de FRANHUR Salud Integral Multidisciplinar S.L. que se conservarán en la misma con carácter confidencial sin perjuicios de las remisiones de obligado cumplimiento con el fin de poderle ofrecer nuestros servicios. Así mismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal.</p>			
En..... a..... de..... del 20.....			
<b>Firma y sello</b>			
<b>Firma del responsable de FRANHUR Salud Integral Multidisciplinar S.L.</b>			