

FECHA Y HORA: **INFORMACIÓN BÁSICA** Clínica Doctor LaboratorioNombre **Dirección:**Calle Localidad C.P. País **DATOS DE CONTACTO**Persona de contacto Correo electrónico Teléfono Teléfono alternativo Móvil Fax Página web Otros datos de contacto **DATOS DE FACTURACIÓN**Nombre Calle Localidad C.P. País N.I.F. ó C.I.F. Nº Cuenta / IBAN SWIFT / BIC **OBSERVACIONES**