Centros Dentales Höllenback

Con la firma del presente documento el paciente confirma la recepción del BONO-REGALO obtenido por el programa DENTALPOINTS de su tarjeta HÖLLENCARD, eximiendo de cualquier responsabilidad posterior a Centros Dentales Höllenback.

FECHA ENTREGA	BONO-REGALO	IMPORTE REGALO	Nº TARJETAS	NOMBRE Y APELLIDOS	RECIBI BONO REGALO