

Vigo, a **07 de Noviembre de 2014**

Yo, Maria Conde Sampedro con DNI **34922571** y domicilio en **FLORIDA 55 4ºC (36210 · Vigo)**.

DECLARO

Que he solicitado a CENTROS DENTALES HÖLLENBACK la factura (fra. **Nº 2014 FR 0117 con fecha 07/11/2014**) correspondiente al tratamiento dental que estoy realizando, no habiendo concluido completamente dicho tratamiento a fecha de hoy.

Y teniendo conocimiento de ello firmo en conformidad,

Maria Conde Sampedro.

FACTURA

EUROPEAN DENTAL GROUP SL

Avda. Fragoso 45
36210 Vigo-Pontevedra
CIF: B36819332

TITULAR

Maria Conde Sampedro
Florida 55 4ºc
36210 Vigo (Pontevedra) España
NIF: 34.922.571

Fecha: 07/11/2014

Nº de Factura: 2014 FR 0117

Concepto	Importe
Preparación, Prescripción Y Colocación De Prótesis Parcial Metálica De 4 Piezas	326,00 €
Estudio De Biocompatibilidad	27,00 €
Modelo De Estudio De Para Prótesis	50,00 €

TOTAL..... 403,00 €

OBSERVACIONES

Paciente: MARIA CONDE SAMPEDRO

FACTURA

EUROPEAN DENTAL GROUP SL

Avda. Fragoso 45
36210 Vigo-Pontevedra
CIF: B36819332

TITULAR

Maria Conde Sampedro
Florida 55 4ºc
36210 Vigo (Pontevedra) España
NIF: 34.922.571

Fecha: 05/11/2014

Nº de Factura: 2014 FR 0115

Concepto	Importe
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #33	42,00 €
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #34	42,00 €

TOTAL..... 84,00 €

OBSERVACIONES

Paciente: MARIA CONDE SAMPEDRO