

Vigo, a 18 de febrero de 2014

Yo, Celia Fernández Ojea, con DNI: 36001105X y domicilio en Romil 98 6ºA (36211 de Vigo),

DECLARO

Que he solicitado a CENTROS DENTALES HÖLLENBACK la factura (fra. Nº 2014 GV 0007 con fecha 18/02/2014) 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,

Celia Fernández Ojea

# FACTURA

CLÍNICAS EUROPEAS DE SALUD DENTAL

Gran Vía, 118  
36210 Vigo-Pontevedra  
CIF: B27708601

## TITULAR

Celia Fernandez Ojea  
Romil 98 6ª  
36211 Vigo (Pontevedra) ESPAÑA  
NIF: 36001105-X

Fecha: 18/02/2014

Nº de Factura: 2014 GV 0007

Concepto	Importe
Preparación, Prescripción Y Colocación De Prótesis Removible Completa Alta Gama (superior O Inferior) En Arcada Superior	683,00 €
Regularización Osea	268,00 €
Preparación, Prescripción Y Colocación De Supraestructura (por Implante) En #45	205,00 €
Preparación, Prescripción Y Colocación De Supraestructura (por Implante) En #35	205,00 €
Preparación, Prescripción Y Colocación De Supraestructura (por Implante) En #32	205,00 €
Preparación, Prescripción Y Colocación De Supraestructura (por Implante) En #43	205,00 €
Preparación, Prescripción Y Colocación De Prótesis Híbrida Sobre Implantes (por Arcada) En Arcada Inferior	2.205,00 €
Preparación, Prescripción Y Colocación De Supraestructura (por Implante) En #41	205,00 €
Extracción (sin Cirugía) En #11	32,00 €
Extracción (sin Cirugía) En #21	32,00 €

**TOTAL..... 4.245,00 €**

## OBSERVACIONES

Paciente: CELIA FERNANDEZ OJEA