

Vigo, a **12 de Mayo 2015**

Yo, **Roberto Alvarez Peaguda** con DNI 34932021N y domicilio en FONTIÑAS DE ABAIXO N°13 CASA VIGO.

DECLARO

Que he solicitado a CENTROS DENTALES HÖLLENBACK la factura (fra. **N° 2015 UR 0019**) con **fecha 12/05/2015**) 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,

Roberto Alvarez Peaguda

FACTURA

CLÍNICAS SALUD DENTAL VIGO SL

Urzaiz 168

36205 Vigo-Pontevedra

CIF: B36933430

TITULAR

Roberto Alvarez Peaguda
Fontiñas De Abaixo Nº13casa
36315 Vigo (Pontevedra) España
NIF: 34932021N

Fecha: 12/05/2015

Nº de Factura: 2015 UR 0019

Concepto	Importe
Pin O Tornillo En #25	23,00 €
Endodoncia Birradicular En #25	129,00 €
Reconstrucción De Muñón (para Colocacion De Corona) En #25	59,00 €
Pack Radiológico Periapical En #25	16,00 €
Tartrectomía Subgingival	58,00 €

TOTAL..... 285,00 €

OBSERVACIONES

Paciente: ROBERTO ALVAREZ PEAGUDA
Operación exenta de IVA por Artículo 20.1 apartado 5 de la Ley de IVA