

Vigo, a 06 de SEPTIEMBRE 2016

Yo, **CRISTINA GIL MARTINEZ** con DNI 76904443X y domicilio en C/ TEIXUEIRAS,Nº19- PORTAL A- 12G, VIGO,PONTEVEDRA.

DECLARO

Que he solicitado a CENTROS DENTALES HÖLLENBACK la factura (fra. **Nº 2016 FR 09 0004**) **con fecha 06/09/2016**) 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,

CRISTINA GIL MARTINEZ

FACTURA

EUROPEAN DENTAL GROUP SLU

Avda. Fragoso 45
36210 Vigo-Pontevedra
CIF: B36819332

TITULAR

Cristina Gil Martinez
Teixueiras,nº19- Portal A- 12g
36121 Vigo (Pontevedra) España
NIF: 76904443X

Fecha: 06/09/2016

Nº de Factura: 2016 FR 09 0004

Concepto	Importe
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #24	45,00 €
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #47	45,00 €
Obturación Simple. 1 Superficie (empaste) En #37	37,00 €
Obturación Simple. 1 Superficie (empaste) En #11	37,00 €
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #15	45,00 €
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #36	45,00 €
Obturación Simple. 1 Superficie (empaste) En #22	37,00 €
Obturación Simple. 1 Superficie (empaste) En #16	37,00 €
Ortopantomografía (panorámica Dental) (en Diagnóstico Inicial)	0,00 €
Extracción Con Odontosección En #46	61,00 €
Tartrectomía. Limpieza Bucal (en Diagnóstico Inicial)	0,00 €
Obturación Simple. 1 Superficie (empaste) En #26	37,00 €
Obturación Compuesta. 2 Superficies (empaste) En #25	45,00 €
Obturación Simple. 1 Superficie (empaste) En #27	37,00 €

TOTAL..... 508,00 €

OBSERVACIONES

Paciente: CRISTINA GIL MARTINEZ
Doctor/a: Ana Ramos (Nº Col. 36001245), Isabel Puente (Nº Col. 36001405)
Operación exenta de IVA por Artículo 20.1 apartado 5 de la Ley de IVA