

Vigo, a 12 de Septiembre de 2016

Yo, **JUAN CARLOS FERNANDEZ DIAZ**, con DNI: 36137580<sup>a</sup> y domicilio en CALLE ERNESTO LECUONA N°1 1°B **Vigo**.

DECLARO

Que he solicitado a CENTROS DENTALES HÖLLENBACK la factura (fra. N° **2016 UR 09 0005**) con **fecha 12/09/2016** correspondiente al tratamiento dental que está realizando mi hijo BRAIS FERNANDEZ FERNANDEZ, no habiendo concluido completamente dicho tratamiento a fecha de hoy.

Y teniendo conocimiento de ello firmo en conformidad,

**JUAN CARLOS FERNANDEZ DIAZ**

# FACTURA

CLÍNICAS SALUD DENTAL VIGO SL

Urzaiz 168

36205 Vigo-Pontevedra

CIF: B36933430

## TITULAR

Juan Carlos Fernandez Diaz  
Ernesto Lecuona Nº1 1ºb  
36214 Vigo (Pontevedra) ESPAÑA  
NIF: 36137580A

Fecha: 12/09/2016

Nº de Factura: 2016 UR 09 0005

Concepto	Importe
Activación Tratamiento Aparatología Fija (1/6)	75,00 €
Activación Tratamiento Aparatología Fija (6/6)	75,00 €
Activación Tratamiento Aparatología Fija (4/6)	75,00 €
Activación Tratamiento Aparatología Fija (2/6)	75,00 €
Tratamiento Ortodóncico Con Aparatología Móvil (por Arcada) En Arcada Superior	353,00 €
Activación Tratamiento Aparatología Fija (5/6)	75,00 €
Activación Tratamiento Aparatología Fija (3/6)	75,00 €

**TOTAL..... 803,00 €**

## OBSERVACIONES

Paciente: BRAIS FERNANDEZ FERNANDEZ  
Operación exenta de IVA por Artículo 20.1 apartado 5 de la Ley de IVA