


**FORMULARIO PEDIDO**

|          |     |
|----------|-----|
| Fecha:   |     |
| Páginas: | 1/1 |

**DATOS DEL CLIENTE**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
 Dirección : \_\_\_\_\_  
 Población: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_  
 Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_  
 email: \_\_\_\_\_

| FOTO ORTESIS  | Concepto                             | Cant. | Precio  | Importe |
|---|--------------------------------------|-------|---------|---------|
|  | Máscara de protección nasal estándar | 1     | 90,91 € | 90,91 € |

| TOTAL   | BASE IMPONIBLE | IVA AL 10% | TOTAL A PAGAR |
|---------|----------------|------------|---------------|
| 90,91 € | 90,91 €        | 9,09 €     | 100,00 €      |

**PLAZO DE ENTREGA: 48 horas a partir de la fecha de la transferencia**  
**PORTES: PORTES DEBIDOS (por cuenta del cliente)**

**FORMA DE PAGO:**

A la aceptación del presupuesto. Transferencia al número de cuenta: **0049 4583 85 2910006603**

FIRMA Y DNI o SELLO DEL CLIENTE

ACEPTACION PRESUPUESTO

**ORTOPEDIA SALCEDO, S.L.**  
 N.I.F.: B-79286209  
 Pº Marqués de Zafra, 15  
 28028 MADRID

Fdo. B79286209 ORTOPEDIA SALCEDO SL

**ENVIAR ESTE FORMULARIO CUMPLIMENTADO Y EL JUSTIFICANTE DE PAGO POR TRANSFERENCIA A LA SIGUIENTE DIRECCION  
 DE CORREO ELECTRONICO: [afernandez@clinciasalcedo.com](mailto:afernandez@clinciasalcedo.com)**