Formulario para contratar los servicios de la tarjeta BEIMAN SALUD

Datos del Titular.

Nombre. ____ DNI. ____

Apellidos. ____

Fecha Nacimiento. ____ Nacionalidad. ____

Dirección. ____

Ciudad. ____ Provincia. ____

CP. ____ Telf 1. ____ Telf 2. ____

email. ____

Tarjeta familiar hasta 5 miembros(*) **160 € al Año** **16 € al Mes** Marque una de las dos casillas

Beneficiarios.

Nombre. ____ DNI. ____

Apellidos. ____

Fecha Nacimiento. ____ Parentesco. ____

Nombre. ____ DNI. ____

Apellidos. ____

Fecha Nacimiento. ____ Parentesco. ____

Nombre. ____ DNI. ____

Apellidos. ____

Fecha Nacimiento. ____ Parentesco. ____

Nombre. ____ DNI. ____

Apellidos. ____

Fecha Nacimiento. ____ Parentesco. ____

Nombre. ____ DNI. ____

Apellidos. ____

Fecha Nacimiento. ____ Parentesco. ____

Forma de Pago.

Transferencia. ☐ Efectivo. ☐ Domiciliación bancaria. ☐

Número de Cuenta (0000-0000-00-XXXXXXXXXX).

____

El solicitante afirma conocer y acepta los datos y condiciones que figuran en la presente solicitud (*)

FIRMA

Sus datos serán incluidos en un fichero de Clínica Beiman, en cumplimiento con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD).

CLAUSULA DE CONSENTIMIENTO EN CONTRATOS

CLÍNICA BEIMAN INSTITUTO ANDALUZ DE MEDICINA DEL DEPORTE S.L. (en lo sucesivo la "EMPRESA"), le informa que los datos personales de esta ficha, están incorporados en el fichero "Clientes y Proveedores" creado y mantenido bajo la responsabilidad de la "EMPRESA", el cual ha sido debidamente registrado en la Agencia Española de Protección de Datos, con la finalidad de gestionar la contabilidad, la fiscalidad y la realización de impuestos así como informarle de los productos y servicios que ofrece la "EMPRESA". En el caso de ser necesario, el cliente consiente así mismo a que los datos puedan ser comunicados a terceras empresas con las que subcontrate el servicio con el fin de poder llevar a cabo adecuadamente la prestación del servicio contratado. Vd. como interesado directo, tiene derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de la información que le concierne y autoriza a que pase a formar parte del fichero, ante el cual puede ejercitar sus derechos, y recibir información y publicidad de productos y servicios de nuestra empresa. En el caso que esté facilitando datos de terceras persona, el abajo firmante declara haber informado a éstos sobre la finalidad que se les dará a esos datos. En el caso que esté facilitando datos de menores de 14 años, el abajo firmante declara tener capacidad legal sobre este menor. Los derechos precitados podrán hacerse efectivos ante la "EMPRESA" en la siguiente dirección: C/ Jaén,2 – 11590 – Guadacacín, Jerez de la Frontera (Cádiz). Si no desea ser informado de nuestros productos y servicios, señale con una X esta casilla ☒ (Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal).

Clínica Beiman Jerez de la Fra.
Travesía de Guadalcacín, C/Jaen nº 2
+34 956 158 225 | +34 625 564 579

Clínica Beiman Sevilla
Glorieta de las Cigararreras 1, local 3.
+34 954 089 703 | +34 662 312 477

Clínica Beiman Las Cabezas
Av. Jesus Nazareno 40 b
+34 954 027 032 | +34 619 157 990

Clínica Beiman Córdoba
Av. del Zafiro s/n (Pol. El Granadal)
+34 957 764 786

Clínica Beiman Jaén
Carretera de Madrid 23
+34 953 332 022

160 € al Año ó **16 € al Mes**

Conoce Nuestra Tarjeta

Cobertura Médica Privada para toda su familia

clínica Beiman Salud

Porque Su Salud es lo más Importante

WWW.CLINICABEIMAN.COM