

# Orden de Domiciliación de Débito Directo SEPA

|                        |  |
|------------------------|--|
| Referencia del Mandato |  |
|------------------------|--|

Mediante la firma de este formulario de Orden de Domiciliación, Usted autoriza a Manohay Dental S.A. a enviar órdenes a su entidad financiera para adeudar su cuenta y a su entidad financiera para adeudar los importes correspondientes en su cuenta de acuerdo con las órdenes de Manohay Dental S.A.

Como parte de sus derechos, tiene derecho a ser reembolsado por su banco en virtud de los términos y condiciones del acuerdo suscrito con su banco. Dicho reembolso, deberá reclamarse en un plazo de 8 semanas a partir de la fecha de cargo en su cuenta.

|                   |  |           |  |      |  |
|-------------------|--|-----------|--|------|--|
| Nombre del deudor |  |           |  |      |  |
| Dirección         |  |           |  |      |  |
| Ciudad            |  | Provincia |  | C.P. |  |
| País              |  |           |  |      |  |

|                             |                                      |           |        |      |       |
|-----------------------------|--------------------------------------|-----------|--------|------|-------|
| Nombre del Acreedor         | Manohay Dental S.A                   |           |        |      |       |
| Identificación del Acreedor | ES76ZZZA80219462                     |           |        |      |       |
| Dirección                   | Avda. Bruselas, 38 Edificio Arroyo-A |           |        |      |       |
| Ciudad                      | Alcobendas                           | Provincia | Madrid | C.P. | 28108 |
| País                        | España                               |           |        |      |       |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Su Nº de Cuenta (IBAN) |  |
| Banco (Nombre)         |  |
| Swift (BIC)            |  |

## Tipo de Pago:

Pago periódico

Pago único

Localidad, Fecha

Firma

Uso exclusivo del acreedor

## Por favor, devolver a:

Manohay Dental S.A.  
Avda. Bruselas, 38 Edificio Arroyo-A / 28108 Alcobendas (Madrid)

# Datos alta cliente

CÓDIGO CLIENTE \_\_\_\_\_

USUARIO E-FACTURA  SÍ  NO

## Datos Fiscales:

Dr./a

Sr./a

|       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|-------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Clase | 01 | 02 | 03 | 13 | 14 | 16 | 22 | 23 | 24 |
|       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

|                         |  |           |  |  |  |     |      |  |  |
|-------------------------|--|-----------|--|--|--|-----|------|--|--|
| Nombre / Razón Social   |  |           |  |  |  |     |      |  |  |
| N.I.F. / C.I.F.         |  |           |  |  |  |     |      |  |  |
| Apellidos, Nombre       |  |           |  |  |  |     |      |  |  |
| Dirección               |  |           |  |  |  |     |      |  |  |
| Ciudad                  |  | Provincia |  |  |  |     | C.P. |  |  |
| Tlf. 1                  |  | Móvil     |  |  |  | Fax |      |  |  |
| Tlf. 2                  |  | E-Mail    |  |  |  |     |      |  |  |
| E-Factura (Facturas)    |  | E-Mail    |  |  |  |     |      |  |  |
| Info. Contable (E-Mail) |  | E-Mail    |  |  |  |     |      |  |  |
| Consumo anual estimado  |  |           |  |  |  |     |      |  |  |

## Datos de Pago:

Tarjeta de Pago

Nombre Titular: \_\_\_\_\_

Nº TARJETA

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

FECHA CAD.

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

## Datos de Riesgo:

|                |  |     |  |               |  |
|----------------|--|-----|--|---------------|--|
| Inf. Comercial |  | RAI |  | Límite Riesgo |  |
|----------------|--|-----|--|---------------|--|

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Los Datos que nos facilite ahora o en el futuro serán incorporados a un fichero cuyo responsable es Manohay Dental S.A.U. (en adelante, el STRAUMANN) sociedad de nacionalidad española con CIF: A- 80219462 y domicilio en Edificio Arroyo-A, Avda. de Bruselas, 38 - Planta 1, 28108 Alcobendas (Madrid). Todos los Datos que le solicitamos tiene el carácter de obligatorio, por lo que cualquier inobservancia puede imposibilitar el correcto desarrollo de nuestra relación contractual. La finalidad con la que será tratada esta información será el mantenimiento, desarrollo y control de nuestra relación comercial. Toda la información que nos suministra debe ser correcta y estar actualizada; le rogamos que nos comunique cualquier modificación de sus Datos, de manera rápida y diligente, con la única finalidad de que podamos mantener nuestro fichero permanentemente actualizado.

Asimismo, Ud. consiente expresamente que sus Datos puedan ser tratados por Straumann para remitirle información comercial sobre nuestros bienes y servicios por vía postal.  
 Acepto recibir información por medios electrónicos.

Straumann pertenece a un grupo multinacional por lo que Ud. consiente que sus datos puedan ser cedidos y transferidos internacionalmente a Institute Straumann AG Peter Merian-Weg 12 CH 4052 Basel Postfach CH 4002 Base, Suiza; así como a otras empresas del grupo cuya identidad, dirección y actividad podrá conocer accediendo a la página web <http://www.straumann.com/en/home/about-straumann/our-company/our-organization/group-structure.html>

Usted podrá ejercer en cualquier momento su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de sus Datos, en los términos previstos legalmente, así como revocar los consentimientos facilitados, dirigiéndose a la dirección postal de Straumann anteriormente señalada.