

CLOSTER PHARMA



DOCUMENTO DE CONCENTIMIENTO

BIENVENIDO/A:

A fin de evitar errores de transcripción y conocer mejor sus necesidades, le rogamos que rellene este formulario para la inclusión de sus datos personales en nuestro fichero de pacientes (por favor escriba en mayúsculas).

NOMBRE COMPLETO: Maria Camila Rodriguez

TELEFONO:

CORREO ELECTRÓNICO:

Acepto que CLOSTER PHARMA S.A.S. trate mis datos de carácter personal para el tratamiento de mis datos de salud. Asimismo, doy el consentimiento para que me puedan informar sobre productos y servicios de la empresa que puedan ser de mi interés.

FIRMADO EL DÍA: 2023-10-20 07:34:25

A handwritten signature in black ink, appearing to be "MCR", written over a horizontal line.

FIRMA _____.