

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: Juan Camilo Mendoza Lozano

TELEFONO: 3208101921

CORREO ELECTRÓNICO: jmendoza@closterpharma.com

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 11:34:52

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

FIRMA _____.