

# CLOSTER PHARMA



## DOCUMENTO DE CONCENTIMIENTO

### BIENVENIDO/A:

Yo, Diego Andres Arenas , identificado con cedula de ciudadanía N°, 12313  
rogamos que rellene este formulario para la inclusión de sus datos personales en  
nuestro fichero de pacientes (por favor escriba en mayúsculas).

**NOMBRE COMPLETO:** Diego Andres Arenas

**TELEFONO:** 3208101921

**CORREO ELECTRÓNICO:** ltriana@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 14:25:02

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected loops and a final upward stroke.

**FIRMA** \_\_\_\_\_.