

CÓDIGO**FICHA DE CLIENTE****DATOS DEL SOLICITANTE:**

NOMBRE:

APELLIDOS:

CENTRO

TELEFONO :..... FAX:..... E MAIL.....

DIRECCIÓN:

CIUDAD CÓDIGO POSTAL..... PAIS.....

SOLICITO RECIBIR EL INFORME DE RESULTADOS POR: (indicar lo que proceda o ambas formas)**E-MAIL** **CORREO POSTAL**

(Los envíos por E-mail cumplen normativa según la Ley 15/1999 de protección de datos)

DATOS DE FACTURACIÓN (si son distintos a los del solicitante)

NOMBRE / RAZON SOCIAL

CIF/NIF.....

CENTRO

DEPARTAMENTO

TELÉFONO:..... FAX..... E MAIL.....

DIRECCIÓN.....

CIUDAD..... CP..... PAIS.....

FORMA DE PAGO: **TRANSFERENCIA BANCARIA** **CARGO EN CUENTA**

DATOS BANCARIOS, 20 DÍGITOS _____

ENVIAR ESTA FICHA POR E-MAIL JUNTO A LA PRIMERA PETICIÓN DE SERVICIOS

Los datos personales proporcionados en la solicitud serán incorporados a ficheros automatizados. Estos datos serán tratados de manera absolutamente confidencial y bajo secreto profesional. INNOVAGENOMICS cumple con los requisitos vigentes en materia de protección de datos de carácter personal, guardando las adecuadas medidas de seguridad, tanto técnicas como organizativas. INNOVAGENOMICS no comunicará ni cederá estos datos a ninguna empresa ni entidad salvo en aquellos casos estipulados por la Ley. El solicitante puede ejercer su derecho de rectificación, cancelación y oposición por escrito a la dirección de INNOVAGENOMICS. La cancelación de estos datos implicará la imposibilidad de emitir copias futuras de informes o relacionar familiarmente las muestras en otras posibles solicitudes.

He leído, entendido y ACEPTO las condiciones expresadas en este documento.

Fdo: SELLO ó FIRMA DEL CLIENTE