



# CARDIOPROTECCIÓN

## Solicitud de Contrato “Gestión Global de Cardioprotección”

Mediante el presente formulario Ud. está solicitando el servicio de “Gestión Global de Cardioprotección” brindado por **Atlantic Emergency**. El costo mensual es de **euros** + el 7% de IGIC. Duración mínima de la contratación: meses. Esta operación queda sujeta a aprobación de la financiación por parte de la entidad financiera.

Una vez enviado esta solicitud y aprobada la operación, nos comunicaremos con Ud. a efectos de proceder a la firma del contrato original.

Ante cualquier duda puede comunicarse a: 620 788 583 o por mail a [cardioproteccion@atlanticemergency.es](mailto:cardioproteccion@atlanticemergency.es).

### Datos de la Entidad:

Nombre Entidad: \_\_\_\_\_

CIF: \_\_\_\_\_ Tel. empresa: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona firmante: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Cargo Laboral: \_\_\_\_\_

### Datos financieros:

Número de IBAN: \_\_\_\_\_

Información adicional:

Poseo cobertura por el programa “Formación Bonificada” de la **Fundación Tripartita**.

### Documentación adjunta:

Copia del DNI del firmante.

Copia de la Escritura de poder del firmante.

Declaro mi deseo de adquirir el servicio “Gestión Global de Cardioprotección” brindado por **Atlantic Emergency** por un total de \_\_\_\_\_ desfibrilador/es.

Marque esta casilla.

Envía este formulario con la documentación adjunta a:

■ [cardioproteccion@atlanticemergency.es](mailto:cardioproteccion@atlanticemergency.es)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de la Empresa

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal, que regula el derecho de información de la recogida de datos, Ud. consiente la inclusión de sus datos de carácter personal en un fichero, del que es propietario ATLANTIC EMERGENCY S.L.U., cuya finalidad es gestionar la agenda de contactos de nuestra empresa, y poder contactar con Ud. para informarle de la información solicitada mediante el envío de comunicaciones profesionales por cualquier medio electrónico o no. ATLANTIC EMERGENCY S.L.U. le informa del derecho de acceso, cancelación, rectificación y oposición dirigiéndose a ATLANTIC EMERGENCY S.L.U., calle Ucanca, 38400 Puerto de la Cruz, teléfono 626702255 y email [cardioproteccion@atlanticemergency.es](mailto:cardioproteccion@atlanticemergency.es).