

COMPROMISO DE ADHESIÓN

D./Dña M^ª Isabel Fernández Álvarez con DNI _____, en representación de Asociación de Personas Sordas de Ourense (APSOU) situado en Ourense con CIF G32015463 con domicilio social en C/ Ramón Cabanillas, 6, Bajo-Entresuelo.

Y de otra parte, Dra. Belén Iglesias Sánchez, mayor de edad, con DNI _____, actuando como representante de la Clínica Dental Periourense S.L.P con domicilio en Avda/ Habana 54 planta 1 local 9, y CIF B32441289,

EXPONEN

Que

Situado en Ourense, la Asociación de Personas Sordas de Ourense acepta adherirse como entidad colaboradora aceptando un descuento de 10% en tratamientos dentales (ver excepciones en convenio) y 30% en pruebas diagnósticas por imagen, a los socios de Asociación de Personas Sordas de Ourense que se identifiquen como tales presentando el carné de socios.

El presente contrato comenzará a regir desde la fecha del mismo, y se prorrogará anualmente, salvo que alguna de las partes comunique lo contrario por escrito 1 mes antes del vencimiento del mismo.

En Ourense, a 13 de abril de 2016



Fda. M^ª Isabel Fernández Álvarez
(Residente de la APSOU)

Dra. Belén Iglesias Sánchez



CLÍNICA DENTAL PERIURENSE, S.L.P.
B 32441289
Av. Habana nº 54, Planta 1^a
32004 Ourense
TII/Fax: 988 252 078