



EUROSILICONE
a GC Aesthetics Company **Brasil**



Admedic Produtos Médicos e Eletrônicos Ltda - Distribuidor RS - Av. Iguazu 485 Sala 203

Agendamento	Pedido Venda
-------------	--------------

DADOS SOBRE A CIRURGIA

Nome da Paciente:		Cpf:	Data do Nascimento:
Endereço Residencial Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade, UF e Cep):			
Telefones (Móvel / Fixo):		Email:(Para envio da nota fiscal)	
Data da Cirurgia:	Horário:	Local da Cirurgia:	Nome do Cirurgião:

MATERIAL SOLICITADO

Listar abaixo o material solicitado, de acordo com recomendação médica. (Se informado, citar Quantidade, Volume e Perfil)

INFORMAÇÕES SOBRE PAGAMENTO

O pagamento pode ser efetuado através de dinheiro, depósito bancário, parcelamento com cheques em até 4x sem juros (1+3), com cartão de crédito em 6x sem juros ou em 12x com acréscimo.

- Pagamento com Cheques** - Favor preencher os dados abaixo:

(Aprovação do cheque mediante consulta. Não serão aceitos cheques de terceiros ou com menos de um ano de conta).

Nome do Titular do Cheque:		Cpf do titular do Cheque:	

- Pagamento com Cartão de Crédito/Débito:** Visa Master Hipercard Diners

Nome do Titular do Cartão:		Número do Cartão:	
Validade:	Cód. Seg. (Verso Cartão)	Valor Total:	Número de parcelas:

- Pagamento Bancário** - Pode ser efetuado em uma das contas listadas abaixo. O comprovante da operação deve ser enviado por email ou fax, juntamente com nome da paciente. (email e fax no rodapé)

Banco Itau - Agência: 8572 - Conta Corrente: 07675-3
Banco Bradesco - Agência: 1565 - Conta Corrente: 1145-2
Banco Banrisul - Agência: 0015 - Conta Corrente: 06062439-07

- Pagamento em Espécie**

Valor Pago:

Autorizo e reconheço a cobrança de acordo com opção/opções de pagamento selecionada(s) acima.

_____, ____ de _____ de _____
Local Dia Mês Ano

Paciente

Admedic Produtos Médicos Ltda