

FINCLINIKS®

FINANCIACIÓN MÉDICO DENTAL

T 918 291 241

E info@fincliniks.com

Apreciado/a Dr/Dra.:

Gracias por haber mostrado interés en nuestra plataforma de financiación **Fincliniks®**. Nuestro objetivo es ofrecerle un sistema de **financiación para TODOS SUS PACIENTES de una manera fácil y flexible.**

Para poder ser usuario de **Fincliniks®**, es preciso aperturar unos contratos mercantiles con las entidades financieras que nos apoyan, por ello precisamos de una serie de datos para poder cumplimentarlos.

Si está de acuerdo, le ruego cumplimente los datos que encontrará en la siguiente página, remitiéndolos al e-mail **financiacion@fincliniks.com**

En breve recibirá un correo electrónico con nuevas instrucciones para finalizar el proceso de integración en la plataforma **Fincliniks®**.



J. Selma
Comercial
comercial@fincliniks.com
918 291 241



DATOS NECESARIOS PARA CUMPLIMENTACIÓN DATOS FINANCIEROS
ES OBLIGATORIO RELLENAR TODOS LOS CAMPOS

Que la estructura de propiedad o control de la sociedad a la que representa es la siguiente:

No existe ningún socio / accionista con una participación superior al 25%

Que la relación de los socios / accionistas con una participación superior al 25% es la siguiente:

NOMBRE COMPLETO DEL SOCIO/ACCIONISTA	PF/PJ	NIF/NIE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS NACIMIENTO	PAÍS RESIDENCIA	NACIONALIDAD	CARGO/ACTIVIDAD/TIPO DE CONTROL	% PARTICIÓN CAPITAL

PF: persona física / PJ: persona jurídica

Que las personas físicas que en último término poseen o controlan, directa o indirectamente, un porcentaje superior al 25% del capital o de los derechos de voto de la persona jurídica a la que represento, o que a través de acuerdos o disposiciones estatutarias o por otros medios ejercen el control, directo o indirecto, de la gestión de la persona jurídica, son:

No existe ninguna persona o personas físicas que en último término posea o controle, directa o indirectamente, un porcentaje superior al 25 % del capital o de los derechos de voto la mercantil a la que represento, o que por otros medios ejerza el control, directo o indirecto, de la gestión de dicha mercantil.

Los siguientes:

NOMBRE COMPLETO DEL SOCIO/ACCIONISTA	IDENTIFICACIÓN	NACIONALIDAD	CONTROL %

FIRMA:

En cumplimiento de la legislación vigente sobre protección de datos personales, consiento que los datos que figuran en esta hoja puedan ser utilizados por Odont-invest SL -Fincliniks®, para uso interno así como para su uso en Internet (protegido y no público), a la vez que consiento la cesión de los datos anteriores a las empresas patrocinadoras de Odont-invest SL -Fincliniks®, en el caso que las haya. Se que puedo revocar en cualquier momento esta autorización, y que puedo ejercer el derecho de acceso, rectificación, y en las condiciones legalmente establecidas enviando un mail a: info@fincliniks.com, indicando mi decisión.

"El contenido del presente documento es meramente informativo, no dirigido en ningún caso a clientes o potenciales clientes. No tiene carácter publicitario, tratándose de una información interna propia de la entidad financiera para facilitar al comercio o intermediario el proceso operativo para la contratación de financiaciones. La financiera no autoriza su difusión a terceros ni con carácter publicitario."

