

**Nombre comercial** AugenClinic Mallorca**Cliente** No**Razón social****Cod. Empresa**

2

**CIF****Cod. Contable****Dirección:** Cami del Reis 308, Bloque A, 3°  
Palma de Mallorca 07010**Título****¿Quién solicita?****Fecha p.comienzo****Email** info@augenclinicmallorca.com**Fecha licitación****Telefonos** 971.905.202**Importe licitación****Mejor hora para  
visitar**

Concepto	Freq.	Mensual	Anual	Observaciones	Aceptado
	12	715 €	8.580 €		

**Descripción de la solicitud**

de lunes a viernes x 2h/d = 10h/sem x 4,33 x 16,5€/h = 714,45 (715 €/mes)

**Observaciones**

= A3660 (ok Ángel)

Con productos