|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS PERSONALES** | |
| **NOMBRE** |  |
| **APELLIDOS** |  |
| **DNI/NIE/Nº PASAPORTE** |  |
| **TELÉFONO** |  |
| **DOMICILIO**  (Opcional) |  |
| **¿ES USTED AUTÓNOMO?**  (Opcional) |  |
| \*Los datos de carácter opcional se tendrán que proporcional si desean la correcta emisión de su factura.  \*\*No se emitirán facturas a consultas virtuales gratuitas. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **TIPO DE CONSULTA** | |
| **VIRTUAL\*** |  |
| **PRESENCIAL\*\*** |  |
| \*Si ha elegido CONSULTA VIRTUAL, debe de indicar el medio a través del que desea realizarla, esto es, Skype, e-mail, o llamada telefónica. Asimismo, deben indicar la fecha y hora deseada para realizar el contacto, en caso de haber escogido videoconferencia por Skype o llamada telefónica.  \*\*Para las CONSULTAS PRESENCIALES, indique hasta tres fechas y horarios disponibles, en caso de no poder realizarse en la primer seleccionada. | |

|  |
| --- |
| DESCRIPCIÓN |
|  |
| \*Recuerde que cuantos más datos aporte sobre el asunto mejor. Asimismo, si considera necesario puede adjuntar documentación relativa al caso para que sea examinada de manera previa a la consulta. |