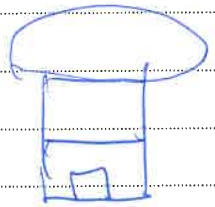
OTROS CONCEPTOS

S.486 web

ENTRO (18 R. Bl) PAGADO FAMILIA SERRANITO

ENTRO (Var. 1) PAGADO ALUGES DE JORGE web S.487



web

ST: 151
SC: 77

FALLECIDO: FRANCISCO SOLER HERNÁNDEZ

Fecha de fallecimiento: 16-MARZO-2026

Domicilio: H. Clínico - Gral Pardiñas 36, 7ºA

Teléfonos: 626218239 E-mail:

CONCEPTOS	Servicio prestado
Arca modelo "0" Medida	
Capilla ardiente Praterías Sala Prep. Si Libro X Si	
Gestión funeraria Si ☐ Tramitación UUVV	
Carroza traslado X H. Clínico - Complejo	
MARTES 12⁰⁰ Prensa X Remeo H	
Radio NO	
Recordatorios fúnebres / tarjetas NO Pérsa Acero	
X RETIRAR DEL CUERPO →	
Turismo ~~Barcelona~~ 1 id. Reposar en Iglesia San Fernando	
Certificado médico X Si Registro Civil: X Stgo	
Carroza Personal	
Ayunt.º: Sepultura Dentro Lapida 5974 BOISACA MIERCOLES 18 11:00	
Iglesia Capilla Complejo	
Incineración 12⁴⁵ Martes Urna: Barica + Mini	
Presencian X SI ☐ NO Destino Boisaca. Datos email.	
Cantores NO Funeral: X D. José Mª - San Fernando	X 60 (125719)
Flores: 1 centro 24 R.B: tu Esposa (Cuarma caja)	
1 - 24 R.B: tus Hijos, ~~Hijos políticos~~ NIVERAS, y Nietos	
1 - 24 R.B: ~~tus sobrinos~~ tu Cuñada Cristina y sobrinos	
☒ Sudario ☐ Cubredifuntos ☒ Acondicionamiento ☐ Rosario	

FALLECIDO:

Nombre FRANCISCO SOLER HERNANDEZ D.N.I. Nº 45257481 J

id. de los padres FRANCISCO y GUILLERMINA

Naturaleza MELILLA Provincia MELILLA

Día, mes y año de nacimiento 06-04-1948

Profesión Estado CASADO Domicilio C/ General Pardiñas 36-7º A SANTIAGO

Fallecimiento:

Fecha: 17:00 horas del día 16 de MARZO de 2026

Domicilio Hospital Clínico - Santiago

Cementerio Incineración Complejo Apostol Santiago Ayunt.º Santiago

Cónyuge: Nombre

LIBRO DE FAMILIA Tomo ; Página

DECLARANTE D. ( ) D.N.I.

domiciliado en

L SEÑOR

D/ña. FRANCISCO SOLER HERNANDEZ (Natural de Melilla) (Vecino de Stgo

falleció en en el día de 16-3-26 a los 77 años

confortado con los Auxilios Espirituales

Su esposo/a Mercedes Seoane Fernandez

Hijos : Santiago y Jorge Soler Seoane

Hijos políticos Sara Rozas Garcia y Rosa Martín Serrano

~~Padres~~ Nietos: Alejandro y Leo

~~Abuelos~~

~~Padres políticos~~

Hermanos Alejandro (+) y Asunción Soler Hernandez

cuñada: Cristina Garcia de Soarez (Vda de José Luis Seoane Fernandez)

Hermanos políticos Si

sobrinos: Francisco y Alejandro; sobrinas Politicas: Pilar Mendez y Cristina Serramito

Nietos Bisnietos Tios Sobrinos Si Primos Si

y demás familia.- Conducción

Funerales

en la iglesia de

CASA MORTUORIA:

(SI / NO) SE RECIBE DUELO

Nota: Si hay servicio de ómnibus, indicarlo en este apartado

FALLECIDO

SOLICITANTE (ESPOSA)

ESPAÑA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
SEOANE
GARCIA DE SEAREZ
NOMBRE / NOME
ALEJANDRO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
02 03 1984
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BFJ164485 06 11 2027

398016

DNI 44818028K

DOMICILIO / DOMICILIO
C. SAN PEDRO DE MEZONZO 44 P08 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE LUIS / MARIA CRISTINA

IDESPBFJ164485744818028K<<<<<<
8403021M2711069ESP<<<<<<<<<<<9
SEOANE<GARCIA<DE<SEAREZ<<ALEJA

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD

APELLIDOS / APELIDOS
SEOAN
GARC DE SEAREZ
NOMBRE / NOME
FRA SCO
SEXO / SEXO NACIONALIDAD / NACIONALIDADE
M ESP
FECHA DE NACIMIENTO / DATA DE NACEMENTO
29 1977
NUM SOPORT VALIDEZ / VALIDEZ
BO 809 12 03 2031

499776

DNI 44807078L

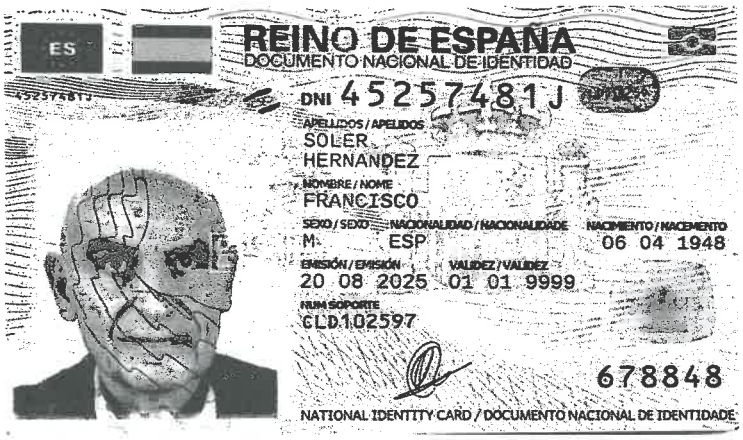
DOMICILIO / DOMICILIO
RUA. LUIS IGLESIAS IGLESIAS 1 P06 B
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

EQUIPO / EQUIPO
15771L601

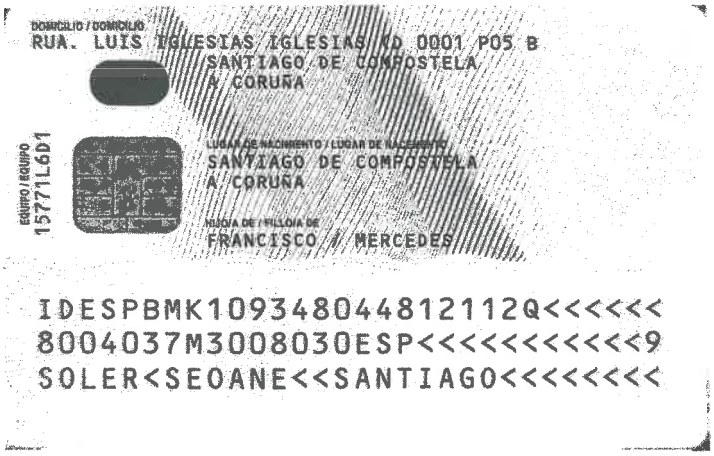
LUGAR DE NACIMIENTO / LUGAR DE NACEMENTO
SANTIAGO DE COMPOSTELA
A CORUÑA

HIJO/A DE / FILLO/A DE
JOSE LUIS / CRISTINA

IDESPBOA120809744807078L<<<<<<
7707294M3103120ESP<<<<<<<<<<<3
SEOANE<GARCIA<DE<SEAREZ<<FRANC



FALLECIDO



HIJO (solicitante)

OMC

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Colegio de / *Colexio de* — Ilustre colexio oficial de médicos de ourense

Sello/*Carimbo*

106061424

Nº Certificado/*Nº certificado*

CLASE 3ª SERIE A / *CLASE 3ª SERIE A*

D./Dña. / *D. / Dna.* CARMEN SEIJAS RODRIGUEZ

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en / *en Medicina e Cirurxía, colexiado/a en* A CORUÑA, con el número / *co número*

y con ejercicio profesional en / *e con exercicio profesional en* SANTIAGO COMPOSTELA

Colegio actual / *Colexio actual* | Nº de colegiado/a / *Nº de colexiado/a* 71152

1ª colegiación / *1ª colexiación*

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO a defunción de*

Nombre del fallecido/a: / ***Nome do falecido/a:*** FRANCISCO

1er Apellido del fallecido/a: / ***1er Apelido do falecido/a:*** SOLER

2º Apellido del fallecido/a: / ***2º Apelido do falecido/a:*** HERNANDEZ

Fecha de nacimiento / ***Data de nacemento*** — Día / *Día* 06 — Mes / *Mes* 04 — Año / *Ano* 1948

Sexo: / ***Sexo:*** Varón / *Varón* [X] Mujer / *Muller* [ ]

Documento de identidad: / ***Documento de identidade:***

- [X] D.N.I. / *D.N.I.* — Número: / *Número:* 45257481-J
- [ ] Pasaporte / *Pasaporte* — Número: / *Número:*
- [ ] N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *N.I.E. (Tarxeta de Residencia)* — Número: / *Número:*

Hora y fecha de la defunción / ***Hora e data da defunción*** — Hora : minutos / *Hora : minutos* 17:00 — Día / *Día* 16 — Mes / *Mes* 03 — Año / *Ano* 2026

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / ***¿En que concello ocorreu a defunción?:*** SANTIAGO

- Domicilio particular / *Domicilio particular* [ ]
- Centro hospitalario / *Centro hospitalario* [X]
- Residencia socio-sanitaria / *Residencia socio-sanitaria* [ ]
- Lugar de trabajo / *Lugar de traballo* [ ]
- Otro lugar / *Outro lugar* [ ]

3,63 Euros. Derechos autorizados, I.V.A. incluido / *3,63 Euros. Dereitos autorizados, I.V.E. incluído.*

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causas da defunción*** *(consultar instrucións na páxina 2)* — **Intervalo de tiempo aproximado**[1] / ***Intervalo de tempo aproximado***[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa inmediata***[2]

(a) PARADA CARDIORESPIRATORIA — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causas intermedias[3] / ***Causas intermedias***[3]

(b) METASTASIS OSEAS — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

(c) — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

Debido a / *Debido a*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial ou fundamental***[4]

(d) CARCINOMA TIROIDES — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

II. Otros procesos[5] / ***Otros procesos***[5] — Horas / *Horas* — Días / *Días* — Meses / *Meses* — Años / *Anos*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / ***Houbo indicios de morte violenta?*** Sí / *Si* [ ] No / *Non* [X]

¿Se practicó autopsia clínica? / ***Practicouse autopsia clínica?*** Sí / *Si* [ ] No / *Non* [X]

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / ***A defunción ocorreu como consecuencia directa ou indirecta de?:***

Accidente de tráfico / *Accidente de tráfico* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Accidente laboral / *Accidente laboral* — No / *Non* [X] — Sí / *Si* [ ]

Fecha del mismo: / *Data do mesmo:* Día / *Día* — Mes / *Mes* — Año / *Ano*

Continúa al reverso / *Continúa ao reverso*

¿Existen riesgos infecciosos?/*Existen riscos infecciosos?*

Sí/*Sí* ☐ No/*Non* ☒

Enfermedad infecciosa/*Enfermidade infecciosa* _____

Grupo/*Grupo* I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración?/*Posibilidade de incineración*

Sí/*Sí* ☒ No/*Non* ☐

Incineración condicionada por:/*Incineración condicionada por:*

☐ **Retirada de Marcapasos/*Retirada de marcapasos***

☐ **Tratamiento con Isótopos Radioactivos/*Tratamento con isótopos radioactivos***

☐ **Existencia de prótesis/*Existencia de prótesis***

En SANTIAGO, a 16 de MARZO de 2026
En ____, a ____ de ____ de ____

Firma del médico
Sinatura do médico

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa inmediata** y se termine por la causa **inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras **"debido a"** que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

1 Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I.(a) debe ser inferior o igual a I.(b), y éste a su vez inferior o igual a I.(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan solo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días — Horas: ☐☐ Días: 4 5 Meses: ☐☐ Años: ☐☐

I

2 Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral — debido a ↓ — Horas: 3 Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: ☐☐

3 Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 2

(c) Pielonefritis crónica — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 2

4 Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 5

II

5 Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Años: 1 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Nota: Las dos líneas de cuadrados previstas para cada apartado deben considerarse como una sola y no para establecer orden de causalidad.

Instrucións básicas de Certificación:

*A OMS recomenda que no cubrimento das causas de defunción se comece pola **causa inmediata** e se remate coa causa **inicial ou fundamental**, é dicir, nunha orde natural de arriba cara a abaixo, respondendo ás palabras **"debido a"** que facilitan a comprensión do concepto de **secuencia lóxica**, tan importante para a selección da Causa Básica de Defunción.*

***Causa básica de defunción:** "Enfermidade ou lesión que iniciou a cadea de acontecementos patolóxicos que conduciron directamente á morte, ou as circunstancias do accidente ou violencia que produciu a lesión fatal".*

1 Intervalo de tempo aproximado

Anotar o tempo transcorrido entre o comezo de cada afección e o momento da defunción, de tal forma que no tempo anotado no apartado I.(a) debe ser inferior ou igual a I.(b), e este á súa vez inferior ou igual ao I.(c) e así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluíntes, é dicir, hai que expresar o período nunha única unidade de tempo e tan só hai que encher unha por proceso e liña. Si houber que anotar máis dun proceso nunha liña, o tempo anotado debe corresponder ao primeiro proceso informado(o máis importante).

Nota: Cada unidade de tempo admite ata o número 99.

Exemplo:

Para mes e medio, anotar 45 días — Horas: ☐☐ Días: 4 5 Meses: ☐☐ Anos: ☐☐

I

2 Causa inmediata:

(a) Indicar a enfermidade ou estado patolóxico que produciu a morte directamente. Non se trata de indicar as modalidades da morte, senón a enfermidade, o traumatismo ou a complicación causante do falecemento.

Exemplo: (a) Hemorraxia cerebral — debido a ↓ — Horas: 3 Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: ☐☐

3 Causas intermedias

(b) e (c) Estados morbosos, se existise algún, que producira a causa arriba indicada.

Se o estado patolóxico sinalado na liña (a) foi consecuencia dun ou máis estados morbosos, anotaranse na liña (b) ou nas liñas (b) e (c).

Exemplo: (b) Hipertensión arterial — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 2

(c) Pielonefrite crónica — debido a ↓ — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 2

4 Causa inicial ou fundamental

(d) Enfermidade ou lesión que iniciou os feitos anteriormente mencionados que conduciron á morte. Anotarase unha única causa, a que fose desencadeante de todo o proceso que levou á defunción. En caso de accidente ou violencia, farase unha breve descrición das circunstancias.

Exemplo: (d) Adenoma prostático — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 1 0

II

5 Outros procesos:

Outros estados patolóxicos significativos que contribuíron á morte, pero non relacionados coa enfermidade ou estado patolóxico que a produciu.

Exemplo: Diabete — Horas: ☐☐ Días: ☐☐ Meses: ☐☐ Anos: 5

Outras recomendacións

1. Empregar maiúsculas e preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas e/ou siglas.
3. Certificar enfermidades e síndromes sen ambigüidades.
4. Se fose preciso anotar máis dunha enfermidade en cada apartado, sepáreas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos e síntomas.

Nota: as dúas liñas de cadrados previstas para cada apartado deben considerarse como unha soa e non para establecer orde de causalidade.

CONCELLO DE SANTIAGO

SRB/439/2011

TITULO DE UNIDADE DE ENTERRAMENTO DO CEMITERIO MUNICIPAL DE BOISACA

Sepultura - 5.974

0C0040612

Outorgada a Concesión a perpetuidade por Acordo da Comisión Municipal Permanente de data 11 de outubro de 1974 e autorizada a transmisión do dereito funerario por Resolución da Concelleira Delegada de Servizos de data do 24-05-2011, favor de:

Titulares	DNI
MERCEDES FERNÁNDEZ PÁJARO	33177097B
MERCEDES SEOANE FERNÁNDEZ	33195665H
JOSE LUIS SEOANE FERNÁNDEZ	33209375C

O uso da unidade de enterramento esixirá a autorización previa expedida polo Concello e axustarase ás disposicións recollidas no Regulamento do Cemiterio Municipal (BOP da Coruña do 04.03.00) e ás súas modificacións.

En caso de traslación de dominio por herdanza ou cesión debe solicitarse ao Concello o cambio de titularidade e non se recoñecerá ao novo titular sen o cumprimento deste trámite.

Santiago de Compostela, 25 de maio de 2011

O ALCALDE
en funcións

Asdo.: José Antonio Sánchez Bugallo

O SECRETARIO XERAL DO GOBERNO MUNICIPAL

Asdo.: José Ramón Alonso Fernández

EXCMO. CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

MINISTERIO
DE JUSTICIA

registrocivil

Materia y procedimiento: **Defunción - Inscripción de Defunción**
Oficina tramitadora: **OFICINA GENERAL DE REGISTRO CIVIL DE SANTIAGO DE COMPOSTELA**

LICENCIA DE ENTERRAMIENTO/INCINERACIÓN

ENCARGADA REGISTRO CIVIL

En **Santiago de Compostela** a **17** de **MARZO** de **2026.**

Habiéndose acreditado la defunción de D/Dª **FRANCISCO SOLER HERNÁNDEZ** que se identifica con D.N.I./PASAPORTE/NIE n° **45257481J** según la certificación facultativa presentada, que constata la fecha de la muerte el día **16 de MARZO DE 2026** a las **17:00** horas, acaecida en **SANTIAGO DE COMPOSTELA.**

SE CONCEDE AUTORIZACIÓN para **dar sepultura/incineración** el cadáver de la persona reseñada, una vez transcurran doce horas desde la del fallecimiento.

FECHA Y HORA DEL DOCUMENTO	DIRECCIÓN DE VALIDACIÓN	FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR	CARGO DEL FIRMANTE
17/03/2026 10:16	https://sede.mjusticia.gob.es/es/comprobacion-autenticidad	JACOBO LÓPEZ MOSQUERA	ENCARGADO

RG:u7sp-ENas-tfjb-Ethx

CERTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN DE TÉCNICAS DE CONSERVACIÓN TRANSITORIA, EMBALSAMAMIENTO Y OTRAS PRACTICAS EN CADÁVERES Y RESTOS HUMANOS

Datos relativos al prestador de servicios funerarios

Denominación: FUNERARIA TANATORIO APOSTOL SANTIAGO S.L	C.I.F.: B15657901
Nº de inscripción en el registro: La Coruña, Tomo 2121, Folio 17, Hoja C-21527, Insc. 1ª	
Nombre, apellidos y nº de DNI del representante legal: José Domínguez Pérez	DNI: 33200436 M

Datos relativos al establecimiento funerario en que se realiza la técnica

Denominación: **COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL**
Empresa de servicios funerarios a la que pertenece: **FUNERARIA TANATORIO APÓSTOL SANTIAGO, S.L.**
Ubicación del establecimiento: RÚA BOISACA, 11 – SANTIAGO DE COMPOSTELA

Datos relativos al profesional que realiza la técnica

Nombre apellidos y nº DNI del profesional: **JOSÉ MANUEL RODRIGUEZ CASTELAO**	**DNI: 44813362R**
Titulación: **Tanatopractor (Grado Superior tanatopraxia – Gobierno Xunta de Galicia)** **Certificado de profesionalidad 12/16/TR/SAN00140**	

Datos relativos a la persona fallecida

Nombre y apellidos: **FRANCISCO SOLER HERNÁNDEZ**			Nacionalidad: **ESPAÑOLA**
Dni/Pasaporte: **45257481J**	Sexo: **HOMBRE**	**Edad: 77**	Fecha nacimiento: **6 DE ABRIL DE 1948**
Fecha, hora y lugar de fallecimiento: **16 DE MARZO DE 2026 A LAS 17:00 H. EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE SANTIAGO**			
Causa fallecimiento: **PARADA CARDIORESPIRATORIA – CARCINOMA TIROIDES**			
Destino final: **CREMATORIO COMPLEJO FUNERARIO APÓSTOL - SANTIAGO**			

Siendo las 19:00 horas, reconocido el cadáver, se procede a aplicar las técnicas siguientes:

Práctica realizada:

☐ **Conservación transitoria:**
- ☐ **Refrigeración**
- ☐ **Congelación**
- ☐ **Otros (descripción)**

Técnica utilizada (descripción): Administración de líquido conservante (Arthyl 24, Thanyl 22) en cavidades, así como infiltración de planos musculares profundos y superficiales.

☐ **Embalsamamiento:**

Técnica utilizada (descripción): Inyección de líquidos conservantes (Formol 40%, Alcohol 96º y Agua destilada) con disección de paquetes neurovasculares en carótida, así como inyección de líquido conservante en planos musculares profundos del tronco.

☒ **Extracción de Mecanismo Contaminante del Abdomen**

El presente certificado se expide de conformidad con lo establecido en el Real Decreto 140/2011 de fecha 4 de febrero de Ley de Policía Sanitaria Mortuoria.

En Santiago, a 16 de marzo de 2026

El profesional que realiza la técnica

JOSÉ MANUEL RODRÍGUEZ CASTELAO
44813362-R
TANATOPRACTOR
12/16/TR/SAN00140

José Manuel Rodríguez Castelao
44813362R

Sello, nombre y Firma Representante de empresa

Funeraria - Tanatorio Apóstol Santiago S.L.
CIF: B15657901
Rúa Boisaca, 11
15890 Santiago de Compostela
☎ 24 HORAS: 981 58 06 69

José Domínguez Pérez
33200436M