



Doctor _____ Teléfono _____

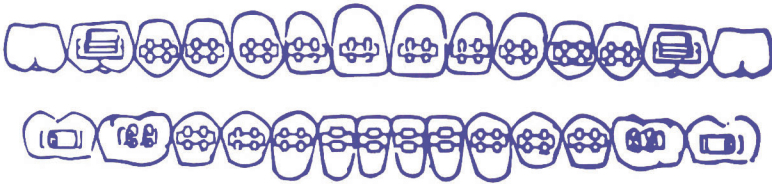
Dirección _____

Nombre del paciente _____

Fecha de entrega _____

Descripción del aparato _____

SISTEMA DE SOLDADURA LÁSER



D

I

