

Fecha: \_\_\_\_\_

www.piox.cl  
E-mail: info@piox.cl  
+56 2 3340 6177  
+56 9 9796 7897



**CAD-CAM**  
*Laboratorio Dental*

Doctor : \_\_\_\_\_

Paciente : \_\_\_\_\_

**FECHA DE ENVIO**

**FECHA DE ENTREGA**

**HORA**

**DIA MES AÑO**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**DIA MES AÑO**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**DIA MES AÑO**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

**Instrucciones:**

V° B°

FIRMA: