

Folio: _____



Orden de trabajo

Fecha: / /

DOCTOR (A)

Nombre: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Dirección: _____

TRABAJO

Prótesis: _____

Especificaciones:

Pruebas:

Metales Biscocho Rodillos Articulado

Extras

Total: _____

A cuenta: _____

