

Buenos Aires, _____ 20__

Asociado _____

Institución _____

Fecha de cirugía _____

Material colocado (detallar descripción y cantidad)

Marca _____

Lugar de entrega _____

Observaciones _____

El formulario debe estar acompañado de los siguientes documentos. Caso contrario, no podrá iniciarse el trámite de reposición.

1. Pedido médico
2. Certificado de implante
3. Protocolo quirúrgico.

Firma y sello del solicitante