

PRESCRIPCION DE TRABAJO

Nº



Laboratorio de Prótesis Dental
Pablo A. Gálvez Zayas
Serradilla 26 D 28044 Madrid
Telf: 915324891- 630098419
www.pablogalvezdental.com

Fecha

Clinica Dr/a

Color..... Guia.....

Paciente.....

TRABAJO A REALIZAR

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha de entrega

Hora

Conservar hasta finalizar el trabajo.