

<b>E Y G MEDICAL SYSTEM S.R.L.</b>	<b>REGISTRO</b>	Fecha desde: 03.04.17 Hoja: 1 de 1
	<b>DEVOLUCIONES DE CLIENTES</b>	<b>R-P-08-03.3 Rev.: 00</b>

*Nota: Todas las piezas devueltas deben entregarse limpias, en un sobre o bolsa.*

Fecha...../...../.....  
N°...../.....

<b>TIPO DE PRODUCTO</b>	<i>Implante</i>	<i>Protésicos</i>	<i>Fresa</i>
	<i>Instrumental</i>	<i>Otro</i>	<i>Otro</i>
<i>Cantidad</i>	<i>Código</i>		<i>Lote</i>
<i>Productos/s( descripción)</i>			
<i>Motivo/ Estado dela devolución</i>			
<b>RECEPTOR DE LA DEVOLUCION (Ventas)</b>			
<i>Firma:.....</i>	<i>Aclaración:.....</i>		<i>Fecha: ..../..../.....</i>
<b>DIACTAMEN( Tachar lo que NO corresponda)</b>			
<i>Ingreso a stock</i>		<i>Envío a fabricante</i>	
<i>Firma:.....</i>	<i>Aclaración:.....</i>		<i>Fecha: ..../..../.....</i>

<b>DATOS DEL CLIENTE</b>	
<i>Nombre del Odontólogo/a:</i>	<i>Nº de Matricula</i>
<i>Domicilio:</i>	
<i>e-mail:</i>	
<i>Teléfono/Celular:</i>	