S/R **N° DE ACTIVO:**

DESCRIPCIÓN: ANGIOGRAFÍA OCULAR EX LASER (SALA

+56 9 7708 9643

MARCA:

MODELO: N° SERIE: FRECUENCIA MANTENCIÓN:

RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

ÚLTIMA MANTENCIÓN:

INFORME) YORK YGFC12CBAHEF-R F5011012EF19484 FEB-MAY-AGO-NOV **JEFE DE AREA** +56 9 4402 9787 SUPERVISOR DE AREA

PRÓXIMA MANTENCIÓN: