S/R **N° DE ACTIVO:** 

DESCRIPCIÓN: AGENDAMIENTO TOMA DE MUESTRA PCR

MODELO: N° SERIE: FRECUENCIA MANTENCIÓN:

MARCA:

RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

ÚLTIMA MANTENCIÓN:

YORK YGFC10CBAHEFXXR F6010004FB11504 **ENE-ABR-JUL-OCT JEFE DE AREA** 

+56 9 4402 9787 SUPERVISOR DE AREA +56 9 7708 9643

PRÓXIMA MANTENCIÓN:



