**N° DE ACTIVO:** DESCRIPCIÓN: MARCA: MODELO:

N° SERIE:

FRECUENCIA MANTENCIÓN: RESPONSABLE CLÍNICA: FONO:

RESPONSABLE CLÍNICA:

FONO:

ÚLTIMA MANTENCIÓN:

S/R

**ENTREGA EXAMENES 1** 

YGFC02CBAUEFXLEH

YORK

50531K76879960 ENE-ABR-JUL-OCT **JEFE DE AREA** +56 9 4402 9787 **SUPERVISOR DE AREA** +56 9 7708 9643

PRÓXIMA MANTENCIÓN:



