

USO SOLA HERODINAMIA		1	74303
INTERFACCIÓN 24 HRS	CUBIERTOS MODELO 1	1	15092
MONITOREO RES CO	ELECTROFISIOL	3	65467
INTRODUCCIÓN BF	TERMO	1	19135
INTRODUCCIÓN AF	TERMO	2	19135
CATEREZ OBLICUACIÓN 4mm	ALCATHTC G PULCUL	1	89783
	BIOMONIK		
CATEREZ DE CUBIERTA	VIZ CATH NA	1	12903
	NIL/2-6-2mm		
	BIOMONIK		
CATEREZ CUBIERTA	VIZ CATH NA	1	29211
	4/5/5		
	BIOMONIK	9	64897

Institución a la que pertenece el paciente  
 I. A. C.





Sociedad o Unidad de la institución que dispensará el producto. Indicar dirección  
 SOCIEDAD VENEZOLANA DE NEFROLOGIA  
 2. P. O. BOX 2466

En caso de implantes: Fecha programada y unidad quirúrgica donde se realizará la intervención

Fecha

Unidad  
 HERODINAMIA CAROLINA BARRERA

Dirección  
 P. BOX 2466

 \$ 1.00 071801 43	 \$ 5.00 044603 43	 \$ 29.00 007577 43	 \$ 2.00 014842 43 AL
---	---	---	--

*QUE*  
 ROBERTA

Firma y sello del médico