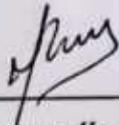


**PRODUCTOS A PROVEER**

Nombre y/o Descripción 1	Marca Comercial	Cantidad
Laser Decolorante fusado	v beam candele	1 sesión

Institución a la que pertenece el paciente	COMERO
Sector o Unidad de la Institución que dispensará el producto. Indicar dirección	Montevideo SKH. Av. Ing. Wl. Price 1498 - Montevideo.

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma y sello del médico tratante

129063  
 \_\_\_\_\_  
 No. Caja Profesionales

**\*\* Este formulario completo deberá ser entregado en el Ministerio de Salud Pública.**