I. MUNICIPALIDAD CERRILLOS

N° 110

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : PATRICIO CARRASCO **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

NOMBRE MASCOTA: LULU. **N° CHIP:** _____

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	24-10-14	0,2 ML	
	03-11-14	0,2 mL.	
	10-11-14	0,2 ML	Berta G.
	17/11/14	0,2 ml	Berta G.