I. MUNICIPALIDAD CERRILLOS

N° 68

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Solo Sd. **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

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

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	03-07-14	0,4 ML.	
	10-07-14	0,4 ML.	
	17-07-14	0,4 ML.	
	24-07-14	0,4 ML.	