N° 009

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : Rosa Salgado **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

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

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
	13-01-15	0,2 mL.	
	20-01-15	0,2 mL.	
	26/1/15	0,2 mL	

ww.cadkas.com). Changed with the DEMO VERSION of CAD-KAS PDF-Editor (http://www.cadkas.com). Cha