N° 019

FICHA TRATAMIENTO DE SARNA

NOMBRE : María Donoso **RUT:** _____

DIRECCION: _____ **TELEFONO:** _____

NOMBRE MASCOTA: Hermosa **N° CHIP:** _____

FECHA CITACION	FECHA ASISTENCIA	ML. APLICADOS	FIRMA
20/02/15	20/02/15	0,3 ml	
27/02/15	27/2/15	0,3 ml	
06-03-15	06/03/15	0,3 mL	
	13/3/15	0,3 ml	