

# Equipos o Artículos

- El Proveedor del Equipo o Artículo Medico (DME Supplier)

\_\_\_\_\_

Persona de Contacto \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Persona de Contacto \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Notas (Tiempo de Entrega, Orden de Entrega etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Nombre del Equipo o Artículo** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción (la marca de fábrica, clasifique según el tamaño, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de obtención: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- **Nombre del Equipo o Artículo** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Descripción (la marca de fábrica, clasifique según el tamaño, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de Obtención \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

---