



medical equipment design

Interton GN

## PEDIDO DE MOLDES, MicroMOLDES

Fecha

Referencia pedido

**Pedido por**

Empresa  Código cliente

Persona de contacto

Dirección

Cód.postal / población

Provincia

Teléfono

Email

**Entregar en**

Empresa

Persona de contacto

Dirección

Cód.postal / población

Provincia

Teléfono

### CARACTERÍSTICAS PARA MOLDES

#### Oído izquierdo

**MATERIAL**  **TIPO**  **VENTING**

#### Oído derecho

**MATERIAL**  **TIPO**  **VENTING**

### CARACTERÍSTICAS PARA Micro MOLDES

#### Oído izquierdo

**MATERIAL**  **TIPO**  **VENTING**

#### Oído derecho

**MATERIAL**  **TIPO**  **VENTING**

**OÍDO IZQDO.** Apoyo Basal **SÍ** **NO** Hilo Extractor **SÍ** **NO** **OÍDO DRCHO.** Apoyo Basal **SÍ** **NO** Hilo Extractor **SÍ** **NO**

#### Comentarios:

#### Observaciones Med - Interton: