



Implanet

Tu Sonrisa, Nuestra Especialidad

CONSENTIMIENTO POR REASIGNACIONES DE DINERO

Mediante el presente, informo que autorizo a Implanet a realizar la reasignación de dinero

Que tengo abonado en Presupuesto N° _____ A Presupuesto _____

Ya que continuare mi tratamiento en este otro procedimiento indicado por el especialista

Y autorizo a la Clinica Implanet a transferir mis saldos por el monto de \$ _____

Firma paciente: _____

RUT: _____

FECHA: _____

CALL CENTER NACIONAL
22 759 0909

www.implanet.cl



La Red de Odontología y Medicina Facial
IQUIQUE · CALAMA · COPIAPÓ · SAN MIGUEL · LAS CONDES
VITACURA · MAIPÚ · PROVIDENCIA

