



Implanet

Tu Sonrisa, Nuestra Especialidad

FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN

Fecha: _____

Sucursal: Providencia

Doctor: _____

N° Presupuesto: _____

Nombre Paciente: _____

Rut.: _____ E-mail: _____

Motivo de Devolución: _____

Datos Bancarios:

Nombre Titular: _____

Rut.: _____

Banco: _____

Tipo de Cuenta: _____ Cuenta corriente _____

(En caso de ser Cuenta Rut es necesario adjuntar fotocopia de carnet de identidad legible)

N° Cuenta: _____

Monto: _____

Firma Paciente: _____

TELEFONO UNICO CLINICAS IMPLANET (DUDAS O CONSULTAS DE TRATAMIENTOS, RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES, ETC) +569 78114454