

## SOLICITUD DE PRESUPUESTO

Paciente: Fecha de so	XURXO CHAO licitud 28/10/	<u>NUÑEZ</u> 24		Dr./a: PATO
	Limpieza  Ortopantomografía + CBCT+ FOTOS  Telerradiografía  Estudio cefalométrico			nplantológico e Biocompatibilidad alival de piezas
	Piezas		amiento	Observaciones
		No quere	valorac	non ortochacia
40	Maxilar superior			Maxilar inferior
Sis	Opción 1		Opción	1
Prótes	Opción 2		Opción	12
7	Opción 3		Opción	13
			Firma	del Dr./a:
	PARA CUALQUIER ACL	ARACIÓN SOBRE LA COMBINACI	IÓN DE OPCIONES EN PF	ESUPUESTO, ANOTAR AL DORSO.