

FORMULARIO DE REGISTRO DE DISPOSITIVOS EN EL F.N.R.

Fecha de solicitud: ___/___/____

Proveedor: _____

Tipo de dispositivo: Dispositivo Endoprótesis Accesorios Endoprótesis

Marca del dispositivo: _____

Modelo del dispositivo: _____

Nº de registro del MSP: _____ Fecha de vigencia: ___/___/____

Precio: Moneda: _____ Valor: _____

Autorización Dirección Técnico Médica FNR: Fecha: ___/___/____

Autorización Administración FNR: Fecha: ___/___/____

Impresión de etiquetas: Si No