

SOLICITUD DEVOLUCIÓN

C/ María González La Pondala, 103-105. 33393, Gijón Asturias, España. T. 985 303 882. E. info@luckler.es

| ldentificación del trabajo | | |
|--------------------------------|----------------------------|---------|
| Cliente | | |
| Paciente | | |
| Código del trabajo | | |
| Fecha reclamación | | |
| | | |
| | | |
| | Causa solicitud devolución | |
| ☐ No se ajusta al ficher | ro STL | |
| ☐ Mal acabado de márgenes | | |
| ☐ Rotación de implantes | | |
| ☐ Grosor incorrecto | | |
| ☐ Otros: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| ☐ No se ajusta al model | elo | |
| ☐ Ajuste marginal incorrecto | | |
| ☐ Ajuste pasivo incorre | | |
| ☐ Basculación de la est | structura | |
| ☐ Rotación de implantes | | |
| ☐ Imposibilidad de atornillado | | |
| □ Otros: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Observaciones | | |
| | | · · · · |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Firma Cliente | | |
| FILING CHEFICE | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |