

Identificación del trabajo

Cliente	
Paciente	
Código del trabajo	
Fecha reclamación	

Causa solicitud devolución

<input type="checkbox"/> No se ajusta al fichero STL
<input type="checkbox"/> Mal acabado de márgenes
<input type="checkbox"/> Rotación de implantes
<input type="checkbox"/> Grosor incorrecto
<input type="checkbox"/> Otros:

<input type="checkbox"/> No se ajusta al modelo
<input type="checkbox"/> Ajuste marginal incorrecto
<input type="checkbox"/> Ajuste pasivo incorrecto
<input type="checkbox"/> Basculación de la estructura
<input type="checkbox"/> Rotación de implantes
<input type="checkbox"/> Imposibilidad de atornillado
<input type="checkbox"/> Otros:

Observaciones

--

Firma Cliente

--