



ANEXO 3

MODELO PARA COMUNICACIÓN Y CONSTANCIA DE CONFORMIDAD DE SERVICIO PRESTADO

EQUIPO O UNIDAD DE A. P.: _____

En _____ a _____ de _____ del _____

D/Dña. _____, como _____
Del Equipo o Unidad Atención Primaria mencionado, en relación con el siguiente asunto:

MANIFIESTA:

Que desea efectuar las siguientes menciones de conformidad, observaciones o aclaraciones en la recepción del equipo o en el servicio prestado:

FDO. _____ (Sello)

FAX: 925 82 87 32 - 925 81 49 11