



Laboratorio Dental Uribe

Prótesis y Rehabilitación Dental

desde 1960

López No, 157 Desp. 3, Col. Centro, Deleg. Cuauhtemoc
C.P. 06070 Ciudad de México Tel.: 55 12 11 95

Instrucción Pedido No. _____	Fecha _____
<i>Suplicamos a Ud. especificar exactamente el tipo de trabajo que desea y anotar invariablemente el NOMBRE DE SU PACIENTE</i> USE UD. UNA HOJA PARA CADA TRABAJO	
Sirvase hacer: _____ _____ _____ _____	
Recomiendo como importante lo siguiente _____ _____ _____ _____	
Nombre del paciente _____	
Entregar: _____	Color de Dientes _____ FIRMA
Doctor: _____	
Ciudad: _____	

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE A LA ORDEN DE _____ A LOS _____
DÍAS DE ESTA FECHA EL IMPORTE DE \$ _____ CANTIDAD CON LETRA: _____
LA FIRMA ASENTADA EN CUALQUIER LUGAR DE ESTE DOCUMENTO SE
CONSIDERA COMO ACEPTACIÓN DE PAGARE CONTRA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO, SI NO FUERA CUBIERTO
A SU VENCIMIENTO CAUSARÁ INTERÉS DE UN ___% MENSUAL.

ACEPTO



Laboratorio Dental Uribe

Prótesis y Rehabilitación Dental

desde 1960

López No, 157 Desp. 3, Col. Centro, Deleg. Cuauhtemoc
C.P. 06070 Ciudad de México Tel.: 55 12 11 95

Instrucción Pedido No. _____	Fecha _____
<i>Suplicamos a Ud. especificar exactamente el tipo de trabajo que desea y anotar invariablemente el NOMBRE DE SU PACIENTE</i> USE UD. UNA HOJA PARA CADA TRABAJO	
Sirvase hacer: _____ _____ _____ _____	
Recomiendo como importante lo siguiente _____ _____ _____ _____	
Nombre del paciente _____	
Entregar: _____	Color de Dientes _____ FIRMA
Doctor: _____	
Ciudad: _____	

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE A LA ORDEN DE _____ A LOS _____
DÍAS DE ESTA FECHA EL IMPORTE DE \$ _____ CANTIDAD CON LETRA: _____
LA FIRMA ASENTADA EN CUALQUIER LUGAR DE ESTE DOCUMENTO SE
CONSIDERA COMO ACEPTACIÓN DE PAGARE CONTRA ENTREGA DE ESTE DOCUMENTO, SI NO FUERA CUBIERTO
A SU VENCIMIENTO CAUSARÁ INTERÉS DE UN ___% MENSUAL.

ACEPTO