

Información

Clínica: _____ Paciente: _____

Odontólogo(a): _____ Edad: _____

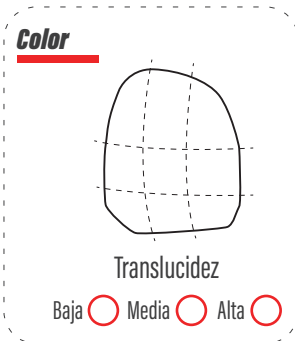
Indicar pieza (s)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | | |

Material Enviado

| | |
|--|--------------------------------------|
| Impresión <input type="radio"/> | Antagonista <input type="radio"/> |
| Registro Oclusal <input type="radio"/> | Modelo Estudio <input type="radio"/> |
| Aditamentos <input type="radio"/> | Fotografía <input type="radio"/> |

Color



Translucidez

Baja Media Alta

Material

Zirconio

Híbrido

Disilicato de Litio

PMMA

Servicios

Corona Cementada

Corona Atornillada

Carilla

Incrustación

Puente

Encerado

Digitalización

Ver Diseño Sí No

N° Teléfono doctor para envío del diseño: _____

Observaciones

*Acepto términos y garantía

Fecha de Entrega: _____

Firma: _____

TÉRMINOS E INFORMACIÓN DE GARANTÍA

Garantía: Creare Chile Spa garantiza que todos los trabajos dentales se elaboran de conformidad con sus especificaciones y aprobación con el convencimiento de que el dispositivo será útil y **NO OFRECE NINGUNA OTRA GARANTÍA, ENTRE ELLAS, CUALQUIER GARANTÍA IMPLÍCITA DE COMERCIABILIDAD O APTITUD PARA UN FIN DETERMINADO.**

Sujeto a la devolución de un dispositivo que presenta fal las una vez colocado, el laboratorio reparará o reemplazará el dispositivo sin cargo por el costo del material y la mano de obra o bien reintegrará el precio original pagado, a opción del laboratorio, según se indica a continuación: Usted se compromete a pagar todos los demás costos de ajuste, reparación y reemplazo de un dispositivo.

A excepción de lo prohibido expresamente por la ley, el laboratorio **NO ASUME NINGUNA RESPONSABILIDAD POR LOS DAÑOS RELACIONADOS CON EL USO DE UN DISPOSITIVO, SEAN ESTOS DIRECTOS, INDIRECTOS, ESPECIALES, INCIDENTALES O CONSECUENTES,** sea cual fuer a la teoría invocada, entre el las, de garantía, contractual, de negligencia o deresponsabilidad estricta, y en los casos en que esta exención de responsabilidad no esté permitida por la ley, la duración de la garantía implícita se limita a 90 días contados a partir de la fecha de entrega. En caso de controversia y ante la imposibilidad de una solución amigable, las partes acuerdan renunciar a las demandas **colectivas** en favor de un arbitraje individual obligatorio de todos los reclamos que surjan respecto de esta garantía de conformidad con las leyes de Chile. El laboratorio no garantiza el desempeño de **transportistas independientes.**

Fono Central

+56 227594753

Trabajos 1

+569 58112210

Trabajos 2

+56941826229

Mail

trabajos@crearechile.cl

Laboratorio Dental Digital
Creare