

HOSPITAL



CERTIFICADO

Quien suscribe, certifica que Don (ña).....ETILIA Gonzalez..... Ficha:

22.927.155-5, Concurrió al Policlínico **SERVICIO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS,**

ORTODONCIA con Fecha: 13/03/2023

Se extiende el presente **CERTIFICADO**, a petición del interesado para ser presentado en.....Colegio.....

Dra. María José García A.
Ortodoncista
RUT: 15.825.611-8

.....
FIRMA RESPONSABLE