

PROTOCOLO DE ENTREGA DE PRÓTESIS OCULAR

El/la beneficiario/a ha tenido a la vista el Protocolo de Entrega de Prótesis Ocular que se adjunta a este comprobante y aprueba que las fechas en dicho protocolo se ajustan a las realizadas efectivamente por el proveedor, correspondiente a dos (2) visitas en la región y sin costos para el/la beneficiario/a, detalladas a continuación:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• 1ª Visita: Toma de molde, ajustes, entrega preliminar. |
| <ul style="list-style-type: none">• 2ª Visita: Control de seguimiento y ajustes (de ser necesario), firma comprobante de recepción, entrega de certificado de garantía, entrega definitiva. |

ANEXO N°3B
COMPROBANTE RECEPCIÓN DE PRÓTESIS OCULAR

Importante:

- Todos los campos son obligatorios

En: _____, a _____ de _____ del _____

Yo _____, RUN _____ - _____, en
representación de la empresa _____, por medio del presente dejo
constancia de la entrega del producto según el siguiente detalle:

- Nombre Ayuda Técnica: _____
- Característica(s): _____

Solicitado por el Servicio Nacional de la Discapacidad, mediante la Orden de Compra N° _____

para el/la solicitante Sr/a _____, RUN _____ - _____

recepcionando la Ayuda Técnica en la dirección _____ por:

| Marque con una X según corresponda | |
|------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | El/la solicitante |
| <input type="checkbox"/> | Tercero/a en representación |

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE: _____

NOMBRE: _____

RUN: _____ - _____

RUN: _____ - _____

PARENTESCO: _____

Escriba el motivo por el cual la persona beneficiaria no recibe directamente la Ayuda Técnica:

Protocolo que reporta los requisitos mínimos que se deben cumplir para la confección, prueba y entrega de prótesis ocular

- Nombre beneficiario/a
- RUN -
- Proveedor

| 1ª VISITA | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Evaluación inicial de la persona, considerando la toma de molde de la (s) prótesis ocular(es) - Ajustes para la prótesis ocular, en relación a las características de la persona. - Entrega preliminar de la(s) prótesis ocular(es). | |
| Fecha | <input style="width: 980px; height: 20px;" type="text"/> |
| Observaciones | <input style="width: 980px; height: 40px;" type="text"/> |
| Firma beneficiario/a | <input style="width: 980px; height: 40px;" type="text"/> |

| 2ª VISITA | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Control del buen uso de la prótesis ocular y realización de ajustes en caso de ser necesario. - Entrega de Certificado de Garantía. - Firma de documento Anexo N° 3B comprobante de recepción de prótesis ocular. - Entrega de la prótesis ocular definitiva. | |
| Fecha | <input style="width: 980px; height: 20px;" type="text"/> |
| Observaciones | <input style="width: 980px; height: 40px;" type="text"/> |
| Firma beneficiario/a | <input style="width: 980px; height: 40px;" type="text"/> |

FIRMA REPRESENTANTE DE PROVEEDOR

FIRMA DE QUIEN RECIBE

NOMBRE:

NOMBRE:

RUN: -

RUN: -