

**DATOS PARA EL CATALOGO OFICIAL
OFICIAL FAIR CATALOGUE**

Firma Expositora / Exhibiting Company: **DGM VASCULAR SL**

Dirección Casa Matriz / Head Office Address: **C/ TABLADA 6, BAJO IZQUIERDA**

Ciudad / City: **PONTEVEDRA**

País / Country: **ESPAÑA**

Teléfono/ Telephone: **+34 986858045**

Fax: **+34986865909**

Correo Electrónico / E-mail Address: **INFO@DGMVASCULAR.COM**

Pag WEB / WEB Site: **www.dgmvascular.com**

REPRESENTACION EN CUBA / REPRESENTED IN CUBA:

Dirección / Address: _____

Teléfono / Telephone: _____ Fax: _____

Correo Electrónico / E-mail Address: _____

Pag WEB / WEB Site: _____

Productos y/o servicios de su empresa / Your company's products and/or services:

**DISTRIBUCION MATERIALES PARA CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA E
INTERVENCIONISMO VASCULAR Y NO VASCULAR**

O tras firmas representadas en su stand:

FIRMA/COMPANY	PAIS/COUNTRY	PRODUCTOS/PRODUCTS
GRENA LTD	UK	DISPOSITIVOS QUIRURGICOS
ALN	FRANCIA	FILTROS VENA CAVA
MICROVENTION	USA	INTERVENCIONISMO NEURORRADIOLOGIA
BIO METRIX	ISRAEL	ACCESORIOS INTERVENCIONISMO