DATOS PARA EL CATALOGO OFICIAL

Firma Expositora / Exhibiting Company: **EMEDICAL S.A.**

Dirección Casa Matriz / Head Office Address: **LUIS PIERA 1921 PISO 5**

Ciudad / City: **MONTEVIDEO** País / Country: **URUGUAY**

Teléfono/ Telephone: **+598 2410 5028** Fax: **int. 102**

Correo Electrónico / E-mail Address: **comex@emedical.com.uy**

Pag WEB / WEB Site: **www.emedical.com.uy**

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:

DRENAJES PLEURALES (SISTEMA INTEGRAL, LINEA COMPLETA) – DRENAJES DE TODAS LAS MEDIDAS, FRASCOS ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATALES, CATÉTERES, CONECTORES DE SEGURIDAD, VALVULAS HEIMLICH, SISTEMAS DE ASPIRACION CONTINUA EASYVAC, DRENAJES DE BAJO CALIBRE, LINEA COMPLETA DE DRENAJES DE TÓRAX

Otras firmas representadas en su stand:

FIRMA/COMPANY	PAIS/COUNTRY	PRODUCTOS/PRODUCTS
CROSA	URUGUAY	Drenajes Pleurales