Corresponde a la Factura Nº

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL

PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR PERÍODO MES AÑO

RAZÓN SOCIAL

TELÉFONO MAIL

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

PRESTACIÓN DNI

DIVI		TRESTACION		
CANT	FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA DEL PROFESIONAL	FIRMA CONFORMIDAD DEL PACIENTE O RESPONSABLE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				

Firma del Profesional Sello Legible Firma del Responsable o Paciente DNI Aclaración de Firma del Profesional Aclaración de Firma del Responsable o Paciente

<equation-block> 🛈 🔼 🕙 Una Decisión **Saludable**.

Vínculo

Matrícula/DNI del Profesional