

Corresponde a la Factura N°

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

PERÍODO MES

AÑO

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

| CANT | FECHA<br>DD/MM/AA | HORARIOS | FIRMA<br>DEL PROFESIONAL | FIRMA CONFORMIDAD<br>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

Matrícula/DNI del Profesional

Vínculo