

PRESTADOR FACTURANTE



PROFESIONAL ACTUANTE

Fecha de atención	Nº Asociado	Apellido y nombre del asociado	Código de prestación	Nº Autorización	Conformidad del afiliado	
					Firma	DNI
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						
/ /						

"La presente planilla debe completarse por orden crónológico de atención y por profesional"

Firma y sello del profesional