PLANILLA DE ASISTENCIA A

PRESTACIONES DE APOYO / INSTITUCIONES/TRANSPORTE

Completar con letra de imprenta; adjuntar en forma mensual y obligatoria a la factura.

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO:			
Nº DE AFILIADO Y ORDEN			
PRESTACION:		MES:	
PROFESIONAL / INSTITUCION:			
Nº FACTURA QUE CORRESPOND A ESTA PLANILLA:			

FECHA	PRESTADOR		AFILIADO	
	Firma	Aclaración	Firma	Aclaración

Firma / Sello del profesional ……………………………………………………………………