

DATOS DEL PROFESIONAL			
Apellido y Nombre:		C.U.I.T:	
Convenio:		Mes y año prestacional: /	
FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR			
DATOS DEL SOCIO			
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:		N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /	FIRMA Y D.N.I. SOCIO

ESTIMADO PRESTADOR:

A) La planilla deberá completarse con los datos solicitados en letra clara y legible, y ser remitida a nuestra administración. De no cumplir con dichos requisitos, la misma será pasible de débito.

B) El presente documento tiene carácter de declaración jurada.

C) Las prestaciones de Anamnesis y Entrega de Plan se deben facturar por ÚNICA VEZ al iniciar el Tratamiento.