

PLANILLA ASISTENCIAL MENSUAL PRESTACIONES POR HORA/SESIONES

Deberá adjuntar 1 (una) planilla a cada factura.

PRESTADOR

RAZÓN SOCIAL

MAIL

TELÉFONO

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO

DNI

PRESTACIÓN

PERÍODO

MES

AÑO

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				

PROFESIONAL

RESPONSABLE o PACIENTE

Firma

Sello Legible

Firma

DNI

Aclaración

Aclaración

Matrícula/DNI

Vínculo