Generarsalud

PLANILLA DE CONSULTAS MEDICAS

Versión 1.2020

NOMBRE Y APELLIDO DEL PRESTADOR _____**PERIODO FACTURADO:** _____/_____

CUIT N°____-_____-___ **MAIL:** _____**TEL:(**_____**)-** _____ ___**HOJA N°**_____

FECHA	NOMBRE Y APELLIDO	N° AFILIADO	COD. VALIDADOR	FIRMA AFILIADO
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		
___/___/_____		_____/_____		

_____

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR