

# Planilla de asistencia

## Prestaciones por sesiones



Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del titular \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre del paciente \_\_\_\_\_

N° de Afiliado \_\_\_\_\_

Plan \_\_\_\_\_ Prestación \_\_\_\_\_

Prestación correspondiente al período de: \_\_\_\_\_

Agradeciendo su atención se solicita complete la información que se le requiere a continuación, para la facturación correspondiente:

DÍA/MES/AÑO DE ATENCIÓN	HORARIO DE ATENCIÓN	FIRMA CONFORMIDAD DEL AFILIADO
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración del Profesional