

Planilla de Asistencia a Tratamiento 2024

Adjuntar este Documento en "original" junto a la Factura que emita.

Razón Social del Prestador: _____

Domicilio donde se brindará la prestación: _____

Dejo constancia que el Afiliado: _____

Ha concurrido a tratamiento de: _____ Durante el mes de _____ / 23

	Fecha	Hs. Ingreso	Hs. Egreso	Firma Tutor o Titular
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

	Fecha	Hs. Ingreso	Hs. Egreso	Firma Tutor o Titular
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

	Fecha	Hs. Ingreso	Hs. Egreso	Firma Tutor o Titular
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

	Fecha	Hs. Ingreso	Hs. Egreso	Firma Tutor o Titular
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

	Fecha	Hs. Ingreso	Hs. Egreso	Firma Tutor o Titular
Lun				
Mar				
Mié				
Jue				
Vie				
Sáb				

Firma y sello del Profesional Tratante

Firma, aclaración y DNI del Titular o Tutor

Firma y sello del Director Institucional