

# 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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

	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