

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Apellido y Nombre:	C.U.I.T:
Convenio:	
/	
MES Y AÑO PRESTACIONAL	FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

**DATOS DEL SOCIO**

Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO
Apellido y Nombre:	N° Socio:	
Diag.:	Código:	Fecha: / /
		FIRMA Y D.N.I. SOCIO

**ESTIMADO PRESTADOR:**

- A) La planilla deberá completarse con los datos solicitados en letra clara y legible, y ser remitida a nuestra administración. De no cumplir con dichos requisitos, la misma será pasible de débito.
- B) El presente documento tiene carácter de declaración jurada.
- C) Las prestaciones de Anamnesis y Entrega de Plan se deben facturar por ÚNICA VEZ al iniciar el Tratamiento.