OSPADEP

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL

PRESTACIONES POR SESION/MODULOS

La presente tiene carácter de declaración Jurada

APELLIDO Y NOMBRE	
DNI	
RAZON SOCIAL/PRESTADOR	
Nº DE FACTURA RELACIONADA	
TIPO DE PRESTACIÓN	
PERIODO (MES Y AÑO)	

FECHA DD/MM/AA	HORARIOS	FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA DEL PACIENTE O RESPONSABLE