SUBSIDIO DE SALUD

Colegio Médico Tucumán

SUBSIDIO DE SALUD

N° de Prestador: _____

PLANILLA DE ATENCIÓN PRÁCTICAS ONLINE

Razón Social: _____ **Matrícula**: _____ **Especialidad**: _____ **CUIT**: _____

Fecha	Apellido y Nombre	C.U.I.L.	Cód. Práctica	N° Autorización	Mat. Presc.	Coseguro	Firma Afiliado

Observaciones: _____

_____

LUGAR Y FECHA	PERÍODO DE LIQUIDACIÓN (MM/AA)	FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA Nº	SELLO Y FIRMA RECEPCIÓN