

GRAV NO GRAV

Prestador:

CUIT:

Matrícula:

Nº de Autorización	Fecha Sesión	Práctica	Diagnóstico	Apellido y Nombre del Asociado	Firma Asociado	Importe
TOTAL						

Observaciones:

FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO
---------------------	-------

SE ADJUNTA FACTURA Nº
