

Planilla de asistencia

Adjuntar este documento en original junto a la factura o recibo que se emita.

Razón social del prestador:

Domicilio donde se realiza la prestación:

Dejo constancia que el afiliado..... ha concurrido a tratamiento de
 Durante el mes..... año20

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Día	Fecha	Hora Ingreso	Hora egreso	Firma del Titular o Tutor
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				

Firma y sello de profesional tratante

Firma, aclaración y din del titular/tutor

Firma y sello del director institucional: