MODELO: Planilla de Asistencia 2017

Mes de prestación:…….

Tipo de prestación:……

Profesional / Institución……

Paciente :……Nº de Afiliado .....

FECHA (Día, Mes, año)	HORARIO (desde-hasta)	FIRMA (Madre, padre o tutor	Aclaración	Firma y sello Prof. / Inst.

Será motivo de DÉBITO TOTAL de la factura:
"la inexistencia o confección incorrecta o incompleta de la planilla de asistencia"