SanCorSalud

PLANILLA DE REGISTRO DE SESIONES

☐ GRAV ☐ NO GRAV

Prestador: _____ CUIT: _____ Matrícula: _____

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

Observaciones: _____

FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA Nº

Av. Independencia 206 - Tel. 0800-777-72583 - Sancnales - www.sancorsalud.com.ar - info@sancorsalud.com.ar