LLAMAR P/ AUTORIZACIONES 0810-888-6733

osde.binario

I.V.R.
Resumen de consultas en consultorio

HOJA: /	
MES	AÑO

Prestador: _____ **Código prestador:** _____ **Especialidad:** _____

Nº de Transacción	Día	Nº Afiliado	Plan	Apellido y Nombre	Nº de Documento	Firma Afiliado

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR	OBSERVACIONES: