

<b>Condición del Afiliado</b> (Requisito indispensable para facturar)	Voluntario/Sin Leyenda/Gravados <input type="checkbox"/>	Obligatorios/Por empresa/Exentos <input type="checkbox"/>
--	--	---

Nombre y Apellido de Profesional:	Nº Matricula:	Mes Facturado:	
-----------------------------------	---------------	----------------	---

Especialidad:	Domicilio del consultorio:	Teléfono:
---------------	----------------------------	-----------

Nº de Orden	Fecha	Número de Socio	Apellido y Nombre del socio	DNI	Practica médica	Diagnóstico	Firma del Afiliado	Nro. Transaccion
1	...../...../.....	800006						
2	...../...../.....	800006						
3	...../...../.....	800006						
4	...../...../.....	800006						
5	...../...../.....	800006						
6	...../...../.....	800006						
7	...../...../.....	800006						
8	...../...../.....	800006						
9	...../...../.....	800006						
10	...../...../.....	800006						
11	...../...../.....	800006						
12	...../...../.....	800006						
13	...../...../.....	800006						
14	...../...../.....	800006						
15	...../...../.....	800006						

Firma y sello del Profesional.....