

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

Prestador: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Apellido y Nombre	N° Afiliado	Domicilio Afiliado	Domicilio Traslado	Días	Firma/Sello de la Institución o Profesional Prestador

En caso de tachadura o enmiendas, las mismas deberán ser salvadas por el Director de la Institución o Profesional Interviniente.

La falta de datos de planilla de Asistencia, será motivo de débitos.

La falta de validación de las prestaciones, será motivo de débitos.

La consignación deberá ser precisa, con la correspondiente Numeración.

-----  
Firma y Sello del Transportista

3518 67-1288