Planilla Facturación Sistema Atención Integral de Discapacidad (SAID)
Uso Institucional

apross.

NOMBRE DE INSTITUCIÓN ..... COD. PRESTADOR ..... PERÍODO ..... / .....

N° DE AFILIADO/A	NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO/A	COD. MÓDULO	*DEPENDENCIA	IMPORTE
			IMPORTE TOTAL	

*DEPENDENCIA: Marcar con X si corresponde dependencia.

Importante: Los débitos realizados en esta planilla por falta de datos no serán acreditados.

.....
Firma y sello de la Institución