

PLANILLA DE ASISTENCIA: REHABILITACIÓN

PROFESIONAL _____ ESPECIALIDAD _____ MES/AÑO _____ CÓDIGO PRESTADOR: _____

TELÉFONO _____ MAIL _____

MES PRESTACIONAL	NOMBRE DE AFILIADO	Nº DE AFILIADO	CÓDIGO DE PRESTACIÓN	CANTIDAD SESIONES	FIRMA DE TITULAR Y/O REPRESENTANTE (ACLARACIÓN Y VÍNCULO)	OBSERVACIÓN

Se considerará una sesión por día, siendo esta de 45 minutos como mínimo, y no por asistencia de mayor horario.

LA PRESENTE PLANILLA TIENE CARACTER DE DECLARACION JURADA

Completar cada ítem. Los débitos realizados con relación a la falta de datos no serán acreditados. SIN EXCEPCIÓN

Firma y Sello profesional