

PRESTADORES SAID INDIVIDUALES

PLANILLA DE ASISTENCIA: REHABILITACIÓN

Profesional:

Especialidad:

Mes/año:

Número prestador :

Teléfono:

Mail:

MES PRESTACIONAL	NOMBRE DE AFILIADO	N° DE AFILIADO	CÓDIGO DE PRESTACIÓN	CANTIDAD SESIONES	FIRMA DE TITULAR Y/O RESPONSABLE (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 CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.
- En caso de tachaduras y/o enmiendas, las mismas deberán ser salvadas por prestador y titular o responsable.
- Completar cada ítem, no utilizar comillas.
- UNA VEZ COMPLETADO ESTE FORMULARIO NO DEBE REUTILIZARSE- NO COPIAR Y PEGAR FIRMAS.
- **LOS DÉBITOS REALIZADOS EN RELACIÓN A LO INDICADO Y/O LA FALTA DE DATOS, NO SERÁN ACREDITADOS.**

.....
Firma y sello profesional