

Planilla Facturación Sistema Atención Integral de Discapacidad (SAID)

Uso Institucional

COMPLETAR CON LETRA CLARA Y LEGIBLE

FECHA

DíaMesAño

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

COD. PRESTADOR:

PERÍODO:

/

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

*DEPENDENCIA: Marcar con X si corresponde dependencia.
Importante: Los débitos realizados en esta planilla por falta de datos no serán acreditados.

IMPORTE TOTAL

.....
Firma y sello de la Institución