PLANILLA DE REGISTRONDE SESIONES

SanCorSalud

☐ GRAV ☐ NO GRAV

Prestador: _____ CUIT: _____ Matrícula: _____

N° de Autorización	Fecha Sesión	Apellido y Nombre del Asociado	Firma Asociado	Importe
			TOTAL	

Observaciones: _____

FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO

SE ADJUNTA FACTURA N°

Av. Independencia 206 I Tel. 0800-7777-72583 I Sunchales I www.sancorsalud.com.ar I info@sancorsalud.com.ar