



Planilla de prestaciones profesionales

Nombre del prestador:

Mes de presentación:

| Código Prestación | Cantidad de sesiones | Nombre de la Obra Social | Importe de Prestación | Total |
|-------------------|----------------------|--------------------------|-----------------------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Observaciones:

Firma y sello del profesional

Tel.: (02944) 426613

E-mail: colpsizonandina@google.com

<http://www.colpsizonandina.com.ar>

Villegas 525 2º Piso Of. 10 - Lunes a Jueves de 16:00 hs a 19:00 hs

S. C. de Bariloche - Río Negro - Argentina