SanCorSalud
Grupo de Medicina Privada

PLANILLA DE REGISTRO DE PRESTACIONES

☐ GRAV ☐ NO GRAV

Prestador: **CUIT:** **Matrícula:**

Nº de Autorización	Fecha de Prestación	Apellido y Nombre del Asociado	DNI Asociado	Firma Asociado	Importe
				TOTAL	

DIAGNOSTICO.....

FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO

SE ADJUNTA FACTURA Nº