RESUMEN MENSUAL DE CONSULTAS Y/O PRACTICAS

Amenábar 1074 CABA ☎ 3220-4900
e-mail: prestadores@bristolmedicine.com.ar

MES.....AÑO..... ...INSTITUCIÓN.....

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROFESIONAL ESPECIALIDAD

A PARTIR DE LA 3era CONSULTA MENSUAL DE UN MISMO AFILIADO ENVÍE COPIA DE HISTORIA CLINICA

FECHA	Nº AFILIADO	IVA EXENTO SI / NO	PLAN	APELLIDO Y NOMBRE	INDICAR CONSULTA O PRACTICA	DIAGNOSTICO	FIRMA DEL AFILIADO

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL	FIRMA Y SELLO DE LA INSTITUCIÓN