BRISTOL MEDICINE

Nombre Prestador Titular: Nro.:

Domicilio: Tel:

Profesional Actuante:

Matricula Nro.: Nro. subprestador:

Liquidación correspondiente al mes de: Plan:

ASOCIADO		IMPORTES		
Numero	Apellido y Nombre	Honorario	Gastos	Total
			TOTAL	

PESOS

LUGAR Y FECHA FIRMA