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