PLANILLA DE REGISTRO DE SESIONES

SanCorSalud

☐ GRAV ☐ NO GRAV

Prestador: _____ **CUIT:** _____ **Matrícula:** _____

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

Observaciones: _____

FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO

SE ADJUNTA FACTURA Nº

Av. Independencia 206 | Tel. 0800-7777-72583 | Sunchales | **www.sancorsalud.com.ar** | **info@sancorsalud.com.ar**