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	

Observaciones: _____

FIRMA DEL PRESTADOR	SELLO	SE ADJUNTA FACTURA Nº

Av. Independencia 206 | Sunchales | 0800-7777-72583 | www.sancorsalud.com.ar