

PLANILLA DE ASISTENCIA – PRESTACIONES CONSULTORIO PRIVADO

Prestador: _____ Mes: _____ Año: _____

Beneficiario (*apellido y nombre*):

Por el servicio brindado en consultorio de (*especialidad*):

Domicilio de atención:

1ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
Fecha						
Horario						

2ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
Fecha						
Horario						

3ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
Fecha						
Horario						

4ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
Fecha						
Horario						

5ª Semana	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADOS
Fecha						
Horario						

Total Sesiones del Mes

Conformidad ¹ del Beneficiario o fliar responsable	Profesional
Firma, aclaración y DNI	Firma y Sello
Teléfono:	Teléfono:
Mail:	Mail:

¹ **Sr. Beneficiario y Profesional:** la conformidad se firma **SOLO CUANDO FINALICE EL MES**.
Las firmas tienen que ser de puño y letra. **NO SE ACEPTARÁN FIRMAS PEGADAS**