



**CIRCULO MEDICO DE
ESTEBAN ECHEVERRIA**

TODOS LOS PLANES

MES DE PRESTACIÓN:
APELLIDO Y NOMBRE:..
ESPECIALIDAD C/ARAN

Nº DE HOJA

22

MATICULA Nº

**FIRMA CONFORME AFILIADO Y
NRO. DE DOCUMENTO**

[illegible]

IMPORTANTE: Rogamos llenar esta planilla con letra impresa legible, de lo contrario los datos no podrán ser procesados.

REQUISITOS PARA LA ATENCION DEL PACIENTE:

* CREDENCIAL Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD

* CUPON DE PAGO (VALIDO HASTA EL DIA 25 DEL MES SIGUIENTE)

RECORDAMOS QUE PARA FACTURAR MAS DE 3 (TRES) CONSULTAS SE DEBE ADJUNTAR HISTORIA CLINICA.

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL ACTUANTE