Asociación de Clínicas,
Sanatorios y Hospitales
Privados de San Juan.

San Juan, ... de..... de 20....

PROFESIONAL: ..... MATRICULA: .....

OBRA SOCIAL O MUTUAL: Aclisa - ..... MES: .....

PRACTICAS AMBULATORIAS

Fecha	Códigos	Cantidad	Nº de Carnet	Apellido y Nombre del Beneficiario	% Categoriz.	Honorarios	Gastos	TOTAL
					Totales $			

Son Pesos: .....

Confeccionó:

.....

Sello y Firma Autorizada