COLEGIO DE GRADUADOS EN NUTRICIÓN
SEGUNDA CIRCUNSCRIPCIÓN

OBRA SOCIAL DEL PODER JUDICIAL DE LA NACION

PLANILLA TOTAL DE PACIENTES

NOMBRE DEL PROFESIONAL:

Nº FACTURA:

MES/AÑO PRESTACION:

NOMBRE AFILIADO	CODIGO PRESTACION	TIPO PRESTACION	IMPORTE	SUBTOTAL POR AFILIADO	TOTAL
				TOTAL:	$

FIRMA Y SELLA DEL PROFESIONAL: