osde.binario

I.V.R.
Resumen de prácticas especializadas

HOJA: /

MES	AÑO

Prestador: _____ Código prestador: _____ Especialidad: _____

Nº de Transacción	**Día**	**Nº Afiliado**	**Plan**	**Apellido** y Nombre	Nº de Documento	Práctica / Código	Firma Afiliado	Autorización Nº

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR

OBSERVACIONES: