IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Convenio Colegio de Psicólogos **Planilla Registro de Asistencia**

Fecha: ____/___ /____

Apellido y Nombres del/la Prestador/a: _____ MP: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Afiliado/a Número: _____ Apellido y Nombres: _____

Fecha de Prestación	Firma Afiliado/a	Monto	Código de Prestación

_____

Firma y Sello del Profesional