IOMA *Matricula Provincial Nº* _____

Asociacion de Foniatría Audiología y Logopedia Platense
Calle 39 Nº 323 e/ 1 y 2 - La Plata (1900) - Provincia de Buenos Aires.
Tel/Fax: (0221) 425-9281 Autorizaciones Tel: (0221) 4896434

DECLARACIÓN JURADA DE PRESTACIONES PRESENTADAS

Mes de Prestaciones	Año

Cantidad Pacientes Rehabilitación	
Cantidad Prácticas Audiológicas	
Cantidad comprobantes	

Categoria de afiliado	
Obligatorio/s	
Voluntario/s Individual/es	
Voluntario/s Colectivo/s	

Marque con una X la categoría de afiliado

_____ Fonoaudiólogo

_____ Localidad

_____ Firma y sello Fgo.

_____ Recibió

Se deja constancia que la recepción del presente formulario es provisoria y la documentación que se acompaña se haya sujeta a control de Auditoría de la AFALP.

Facturar por separado según la Categorías de afiliado

- Obligatorios (el Nº comienza con un número)
- Voluntarios Individuales (el Nº comienza con una letra de la A a la I)
- Voluntarios Colectivos (el Nº comienza con una letra de la J en adelante)

IOMA *Matricula Provincial Nº* _____

Asociacion de Foniatría Audiología y Logopedia Platense
Calle 39 Nº 323 e/ 1 y 2 - La Plata (1900) - Provincia de Buenos Aires.
Tel/Fax: (0221) 425-9281 Autorizaciones Tel: (0221) 4896434

DECLARACIÓN JURADA DE PRESTACIONES PRESENTADAS

Mes de Prestaciones	Año

Cantidad Pacientes Rehabilitación	
Cantidad Prácticas Audiológicas	
Cantidad comprobantes	

Categoria de afiliado	
Obligatorio/s	
Voluntario/s Individual/es	
Voluntario/s Colectivo/s	

Marque con una X la categoría de afiliado

_____ Fonoaudiólogo

_____ Localidad

_____ Firma y sello Fgo.

_____ Recibió

Se deja constancia que la recepción del presente formulario es provisoria y la documentación que se acompaña se haya sujeta a control de Auditoría de la AFALP.

Facturar por separado según la Categorías de afiliado

- Obligatorios (el Nº comienza con un número)
- Voluntarios Individuales (el Nº comienza con una letra de la A a la I)
- Voluntarios Colectivos (el Nº comienza con una letra de la J en adelante)