A.F.A.L.P.
Asociación de Foniatría, Audiología y Logopedia Platense
Pers. Jur. 713/79
ENTIDAD CIENTIFICA Y GREMIAL SIN FINES DE LUCRO
Calle 39 Nº 323 e/ 1 y 2 - Tel/Fax: (0221) 425-9281
La Plata (1900) - Provincia de Buenos Aires.

RESUMEN MENSUAL

OBRA SOCIAL .....
CATEGORIA AFILIADO .....
COMPROBANTES .....

FGA _____ M.P. _____ Domicilio _____ N° _____

Partido _____ Localidad _____

A continuación se facturan los distintos trabajos realizados en el mes de _____

de _____ de acuerdo con el detalle que figura en la planilla respectiva y según comprobantes que se agregan.

CARNET N°	APELLIDO Y NOMBRES	INDICACION Dr. y N° de MATRICULA	DETALLE DE LOS TRABAJOS EFECTUADOS	TOTAL	

Firma y sello Fgo.: .....

TOTAL $ _____