

A completar por afiliado o familiar

***EL/ La que suscribe DNI.....
Afiliado Ioma N^o.....
Declaro conformidad de haber recibido atención fonoaudiológica con
el/la Lic....., y NO haber abonado suma alguna en
concepto de copago en las siguientes sesiones .***

<i>Día:</i>	<i>Día:</i>	<i>Día:</i>	<i>Día:</i>
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Firma del afiliado o familiar

A completar por afiliado o familiar

***EL/ La que suscribe DNI.....
Afiliado Ioma N^o.....
Declaro conformidad de haber recibido atención fonoaudiológica con
el/la Lic....., y NO haber abonado suma alguna en
concepto de copago en las siguientes sesiones .***

<i>Día:</i>	<i>Día:</i>	<i>Día:</i>	<i>Día:</i>
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Firma del afiliado o familiar