Apross

# PLANILLA FACTURACION SISTEMA ATENCION INTEGRAL DISCAPACITADOS (SAID) Res 105-134/05
## DETALLE FACTURACION DE MODULOS

NOMBRE PROFESIONAL ó INSTITUCION: ..........................................................................................................................................................................................

PERIODO: .............../...................

| Número de Afiliado | Nombre y Apellido del afiliado | Código Módulo | Código Validación - SVI | Importe | Firma afiliado o Tutor |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | IMPORTE TOTAL | | |

..............................................................

Firma y Sello del Profesional