



PRACTICAS MEDICAS AMBULATORIAS

CENTRO DE ATENCION - NOMBRE:.....

DIRECCION DEL LUGAR DE ATENCION:.....

MATRICULA:

MES AÑO

IMPORTANTE:

Próximamente, solo tendrán validez las consultas y prácticas que hayan sido verificadas ONLINE. Deberán colocar N° de autorización correspondiente.

Más información: servicios@activia.com.ar
2205-9500 / 4224-3332 (opción 6)

APELLIDO Y NOMBRE _____ Fecha de prestación

N° 00019924 /2001

	NUMERO DE AFILIADO	APELLIDO Y NOMBRE DE AFILIADO	EDAD	CODIGO PRESTACION	DIA	HORA	MATRICULA SOLICITANTE	COS	N° DE AUTORIZACION	DIAGNOSTICO	FIRMA AFILIADO	NRO. DE DOCUMENTO
1	6 6											
2	6 6											
3	6 6											
4	6 6											
5	6 6											
6	6 6											
7	6 6											
8	6 6											
9	6 6											
10	6 6											
11	6 6											

IMPORTANTE

Rogamos llenar esta planilla con letra de imprenta legible, de lo contrario los datos no podran ser procesados

Fecha de entrega

Firma:.....

La presente planilla tiene
carácter de
DECLARACION JURADA

SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL ACTUANTE