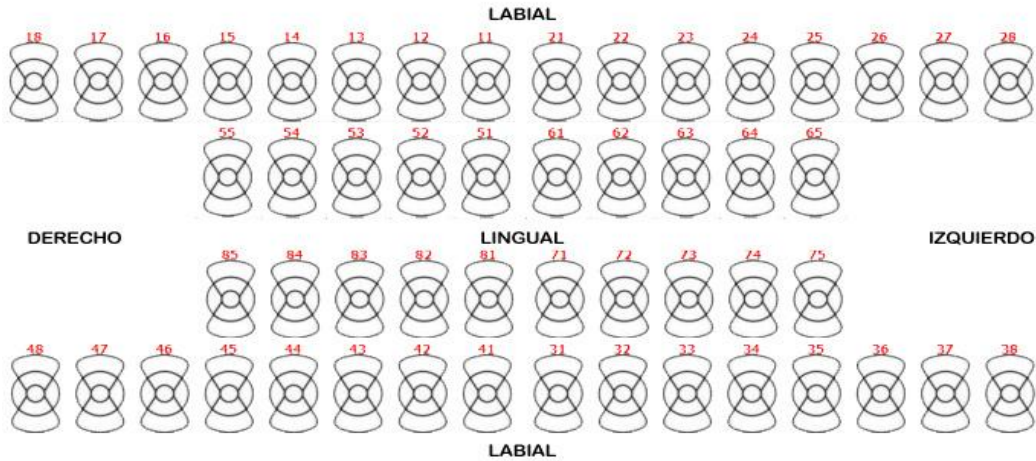


PROTESIS

PRESTADOR : _____ MATRICULA N°: _____
 APELLIDO : _____ APELLIDO DE CASADA: _____
 NOMBRES: _____
 DOMICILIO: CALLE: _____ N° _____ PISO/DTO: _____
 LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____
 C. POSTAL: _____ CODIGO DELEGACION: _____
 AFILIADO N°: _____ PLAN: _____

ODONTOGRAMA



CODIGO NOMENCL.	CANTI-DAD	TRATAMIENTO	UBIC. PIEZA DENT.	ARANCEL. ODONTOL. POR CODIGO	A ABONAR	
					AFILIADO	OSFATLYF
TOTALES						

 FIRMA Y SELLO DEL ODONTOLOGO

 LUGAR Y FECHA

CONFORMIDAD DE PAGO

EN LA FECHA SE EXTIENDE LA AUTORIZACION PARA LA EJECUCION DEL TRABAJO DETALLADO PRECEDENTEMENTE Y ACEPTO PAGAR EL 50% DE LOS HONORARIOS ESTABLECIDOS.

 FIRMA DEL AFILIADO

 LUGAR Y FECHA

RESERVADO PARA LA AUTORIZACION DE AUDITORIA ODONTOLOGICA

 FIRMA Y SELLO AUDITOR ODONTOLOGICO

 LUGAR Y FECHA

DEJESE CONSTANCIA QUE EN LA FECHA SE HA PROCEDIDO A LA INSTALACION DEL TRABAJO CONVENIDO

 LUGAR Y FECHA

 FIRMA DEL AFILIADO

 FIRMA Y SELLO ODONTOLOGO

RESERVADO OSFATLYF

PASE A LIQUIDACION , IMPUTACION Y PAGO

 FECHA

 AUDITORIA ODONTOLOGICA

 LIQUIDACION