BONOS Y PRÁCTICAS DESCENTRALIZADAS

IOMA

Profesional | **Mat. Pcial** | **Especialidad** | **Cat.**

Entidad | **Mes** | **Año**

Nº DE TRANSACCIÓN	Género M	Género F	Nº de DOCUMENTO	APELLIDO Y NOMBRES	TELÉFONO	CÓD. PRÁCTICA	PATOLOGÍA	FECHA	HORA	CONFORME AFILIADO

Firma y sello del profesional