

Para facturar se debe presentar la siguiente planilla de forma mensual.

PLANILLA DE ASISTENCIA DE ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Apellido y Nombre del Acompañante terapéutico:

Domicilio en que realizó la prestación:

Dejo constancia que durante el mes de del año brindé de manera ininterrumpida las horas mensuales como acompañante terapéutico al paciente conforme a lo expuesto en la siguiente planilla:

DIA	FECHA	DESDE (HORA)	HASTA (HORA)	FIRMA DEL SOCIO
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				