Registro de transacciones "Confiable SALUD" exclusivas para Salud Mental

Datos del prestador

Nombre y apellido _____ Mat. Pcial _____ C.U.I.T. __ _____ __

Domicilio _____ Consultorio N° _____ Especialidad _____ Facturación _____

FECHA	HORA	NOMBRE Y APELLIDO	TIPO Y N° DE DOCUMENTO	VERSIÓN TARJETA	PRESTACIONES	COSG.	N° RRN	FIRMA DEL AFILIADO

Instituto de Seguridad Social del Neuquén

FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL