Registro de transacciones "Confiable Salud" solicitadas al Contact Center

Datos del prestador

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

Domicilio .....Consultorio **Nº** ..... Especialidad.....Facturación .....

Instituto de Seguridad Social del Neuquén

Fecha	*Nombre y apellido*	*Tipo y Nº de documento*	*Prestaciones*	*Coseguro*	*Nº rrn*	*Firma del afiliado*

Firma y sello del profesional