IOMA

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Convenio Colegio de Psicólogos **Planilla Registro de Asistencia**

Fecha: ____/___ /____

Apellido y Nombres del/la Prestador/a: _____ MP: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Afiliado/a Número:_____ Apellido y Nombres:_____

| Fecha de Prestación | Firma Afiliado/a | Monto | Código de Prestación |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

_____

**Firma y Sello del Profesional**

**Atención:** desde el 01/11/2022 la persona afiliada a IOMA no debe abonar suma alguna por su atención.