



Así de simple ...

Tel.: 02266 15 484237
info@guet-it.com

Solicitud Costeo de Tratamiento

DIA	MES	AÑO

Nº de Operación

Datos del Profesional:

APELLIDO Y NOMBRE	MATRICULA
-------------------	-----------

Datos del Paciente:

APELLIDO Y NOMBRE	DNI / LC / LE		
DOMICILIO	NUMERO	PISO	DPTO.
LOCALIDAD	PROVINCIA	COD. POSTAL	
TELEFONO CELULAR	TELEFONO FIJO (PROPIO, FAMILIAR O VECINO)		
E-MAIL	CUIT ó CUIL Paciente		

REGIMEN DE INGRESOS ó TRABAJO DEL SOLICITANTE: Marque con una X lo que corresponde y complete:

- Relación de dependencia → Nombre del Empleador:
- Monotributista
- Autónomo
- Servicio Doméstico → Nombre del Empleador:

RANGO DE INGRESOS DEL SOLICITANTE: Marque con una X lo que corresponde:

- Menor ó igual a \$ 5.000 Entre \$7.000 y \$ 10.000 Mayor a \$ 15.000
- Entre \$ 5.000 y \$ 7.000 Entre \$ 10.000 y \$ 15.000

Tratamiento y Costeo

TRATAMIENTO PRESCRIPTO							
VALOR DEL TRATAMIENTO	NÚMERO DE CUOTAS SOLICITADAS	2	3	4	5	6	VALOR de cada CUOTA
		7	8	9			