

Afiliado N°:				Apellido: Nombres:		RECETARIO MÉDICO A N°
Profesional:				Especialidad:		
Médicos: Cons. <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/>				Diagnóstico:		Firma y Sello del Prof. y N° de Mat.
Práctica:						
Odontólogos:	Código	Pieza	Cara			
Fecha:/...../.....				POLICÍA FEDERAL ARGENTINA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR		Talón 1

Afiliado N°:				Apellido: Nombres:		RECETARIO MÉDICO A N°
Código:				Diagnóstico:		
Observaciones:				Firma del Afiliado:		POLICÍA FEDERAL ARGENTINA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR
Fecha:/...../.....						
						Talón 2

Afiliado N°:				Apellido: Nombres:		RECETARIO MÉDICO A N°
Médicos: Cons. <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/>				Práctica:		
Odontólogos:	Código	Pieza	Cara	Firma del Afiliado:		POLICÍA FEDERAL ARGENTINA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR
Observaciones:						
Fecha:/...../.....				Firma y Sello del Prof. y N° de Mat.		