



REGISTRO DE TRANSACCIONES MANUALES

Médico:

Matrícula:

Período de facturación:

N°	Fecha	Apellido y Nombre Socio	Cod. Práctica	Diagnóstico	Firma del Socio
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Firma y sello médico