

Anexo XI**Detalle Facturación Mensual**

I.A.P.O.S. Disp. N°: _____

Prestador:					
Dirección:		Localidad:		Tel:	
Fecha	N° Bono	Afiliado	N° Documento	Cód. Práctica	Importe

Nota: deberá presentar original y tres copias con firma y sello de responsable.