Anexo XXVI

Planilla Asistencia: Módulo 15

Hostales

Hostales (HOLEPAN)		
Nombre y Apellido de Afiliado: D.N.I.: El Afiliado declara la conformidad de la prestación **mensual** brindada.		Mes/Año: ….....
Breve Informe Mensual de Evolución		
Firma y sello del Profesional	Firma del Afiliado	Aclaración