IOSFA
Instituto de Obra Social de las Fuerzas Armadas y de Seguridad

RESÚMEN MENSUAL DE PRESTACIONES ODONTOLÓGICAS

PARA USO EXCLUSIVO DE IOSFA

Razón Social: COFEOCOR

Profesional: **Matr.N°:**

Domicilio:

Localidad:

Teléfono:
N° de C.UI.T.:

Situación frente I.V.A.: **N° I.V.A.:**

Fact. Nº ....

N° Prestador 889021 .....

Hoja Nº ....

Mes:

Año:

Nº de Afiliado	Apellido y Nombre	PRESTACIONES FACTURADAS				CORRECCIONES
		Código	Diente	Caras	Precio Unitario	

Total de la Factura que se transporta a Hoja Nº .....= $ .....

Importa la presente factura, la suma de pesos:.....

Firma y Sello del Profesional