IOMA GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

REMITO DE DEVOLUCIÓN

Entidad médica: _____

Fecha de entrada: _____

REMITO Nº	Nombre de la/el profesional	Matrícula P	Motivo	Cant. Prest.	Año	Mes

DIRECCIÓN DE AUDITORÍA Y FISCALIZACIÓN
DTO. AUDITORÍA Y FISCALIZACIÓN MÉDICA

Lugar y fecha: _____