



PLANILLA CRONOLOGICA DE SESIONES DE

MES: _____

PROFESIONAL		Matr. Nº			Localidad		PARA SER COMPLETADO POR EL ASOCIADO	
APELLIDO Y NOMBRE SOCIO	Nº DE AFILIADO	MEDICO PRESCRIPTOR	PLAN	PRESENTACION	Nº SESION	FIRMA DEL SOCIO	DIAS PRESENCIA	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	
			-				___/___/___	

OBSERVACIONES

*- Las sesiones se deben detallar en forma cronológica, sin dejar espacios en blanco.

*- Los socios deberán firmar la sesión realizada, indicando la fecha de la misma.

Firma y Sello del Profesional