



RECIBO DE PAGO

Nombre de Paciente _____

Nombre del Médico _____

Clave	Descripción
-------	-------------

Razón Social _____

RFC _____

Dirección Fiscal _____

Serie _____

Folio _____

Fecha _____

Cantidad	Costo
----------	-------



Plaza W

Vía Atlixayotl 3248 Local 111-D Plaza W

Contáctanos al: 222 577 2730 • (222) 431 42 18 • (222) 210 73 09 • (222) 210 73 47

Total _____