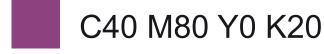


Moolboran

Cabo RoundedRegular









R136 G137 B139



Footlight MT light Tw Cen MT

C40 M60 Y0 K0

C69 M0 Y47 K0

R155 G122 B172 R120 G180 B155

Angélica Sánchez ODONTOLOGO



























Consultorio Dental ODONTOSG

Av. Bolívar, Local Sucre n° 04, Sector Casco de San Joaquin . San Joaquín - Carabobo. Zona Postal 2016 Telf.: 0414 - 421.79.16

FACTURA N°

Fecha de Emisión						
DÍA	MES	AÑO				

NOMBRE Y APELLIDO / RAZÓN SOCIAL:			
DOMICILIO FISCAL:			
C.I. / RIF.:	CONDICIONES DE PAGO:	□CONTADO □ DÍAS	
CANTIDAD	PRECIO U	NIT. TOTAL	
ESTA FACTURA VA SIN	SUB-TOTAL Bs:		
FORMA DE PAGO: EFECTIVO TARJ. DE DÉBITO	Nº de Control	OTROS AJUSTES:	
☐ TARJ. DE CRÉDITO ☐ TRANSFERENCIA ☐ CHEQUE		TOTAL EXENTO:	
	00 -	TOTAL BASE IMPONIBLE:	
N°		% I.V.A.:	
BANCO:	FIRMA AUTORIZADA	TOTAL A PAGAR Bs:	

Infomación Fiscal
ORIGINAL BLANCA - CLIENTE CON DERECHO A CRÉDITO FISCAL / COPIA COLOR SIN DERECHO A CRÉDITO FISCAL

Angélica Sánchez

MPPS: 35035

COV: 35122

COC: 3132

_____ C.I. _ Nombre:_

RP./Ind.



18	
118	
Angélica Sánchez	

MPPS: 35035

COV: 35122

COC: 3132

Nombre:_

RP./Ind.











Paciente:





Paciente: _____

Dr(a):			_ E:	specialidad:		
Tratamiento / Consulta	Fecha	Hora		Tratamiento / Consulta	Fecha	Hora
Dr(a):			_ E:	specialidad:		
Tratamiento / Consulta	Fecha	Hora		Tratamiento / Consulta	Fecha	Hora