

Afiliado N°:				Apellido: Nombres:		RECETARIO MÉDICO A N°
Profesional:				Especialidad:		
Médicos: Cons. <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Práctica:				Diagnóstico:		
Odontólogos:	Código	Pieza	Cara	Firma y Sello del Prof. y N° de Mat.		Talón 1
Fecha: ...../...../.....				POLICÍA FEDERAL ARGENTINA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR		
Afiliado N°:				Apellido: Nombres:		RECETARIO MÉDICO A N°
Código:				Diagnóstico:		
Observaciones:				Firma del Afiliado:		
Fecha: ...../...../.....				POLICÍA FEDERAL ARGENTINA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR		Talón 2
Afiliado N°:				Apellido: Nombres:		RECETARIO MÉDICO A N°
Médicos: Cons. <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Práctica:				Firma del Afiliado:		
Odontólogos:	Código	Pieza	Cara	Firma del Afiliado:		
Observaciones:				Firma y Sello del Prof. y N° de Mat.		
Fecha: ...../...../.....				POLICÍA FEDERAL ARGENTINA SUPERINTENDENCIA DE BIENESTAR		
				Talón 3		

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

## PARA EL AFILIADO

**Importante:** La Superintendencia de BIENESTAR no reconocerá reclamo alguno, ni reintegro por extravío, deterioro, o uso indebido de la presente chequera.

## PARA EL PROFESIONAL ACTUANTE

El presente talón deberá ser retenido como constancia de la prestación efectuada por el profesional actuante.

## RESERVADO PARA EL PROFESIONAL ACTUANTE

Diagnóstico:

Prescripción:

Cantidad: