



-AT RECURSOS HUMANOS

Cant. bultos: _____

FIRMA DEL RECEPTOR: _____ DNI: _____

ACLARACION DE FIRMA: _____

RELACION CON EL TITULAR: _____

FECHA Y HORA DE RECEPCION: _____

**-Confirmar entrega a: operaciones@lexs.com.ar-
Entregado por LEXS al Servicio de SWISS MEDICAL**

BULTOS: ____ DE ____

Nros de Asociados:

-AT RECURSOS HUMANOS

Confirmar entrega a: operaciones@lexs.com.ar