

RECIBO DE PAGO

FECHA

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre:

Tratamiento
que se realizó:

- ☐ Factores de Crecimiento
- ☐ Dutasteride
- ☐ Exosomas

MONTO TOTAL	MÉTODO DE PAGO
	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Efectivo<input type="checkbox"/> Transferencia<input type="checkbox"/> Tarjeta de Débito<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito<input type="checkbox"/> Dolares

NOTA

FIRMA

CONTACTO

56 2614 6727
atencionaclientes@losreyesdelinjerto.com
Juan Salvador Agraz 97 piso 1, Contadero, Cuajimalpa de
Morelos, 05300 CDMX
www.losreyesdelinjerto.com

*En caso de no recibir tu comprobante, favor de comunicarte al siguiente número: 33 2384 6838