

# RECIBO DE PAGO

FECHA

## INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre:

Tratamiento  
que se realizó:

- ☐ Factores de Crecimiento
- ☐ Dutasteride
- ☐ Exosomas

MONTO TOTAL	MÉTODO DE PAGO
	<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

55 3967 0225  
atencionaclientes@losreyesdelinjerto.com  
Anillo Perif. 3332 piso 9 oficina A910, Jardines del  
pedregal, Álvaro Obregón, 01900 CDMX  
www.losreyesdelinjerto.com

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