



SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

Versión : 02
Código : F-GO-06
Fecha : 27/08/2018
Página 1 de 1

DESCUENTOS A CENTROS ASISTENCIALES

Fecha ___/___/___

Señores

Nombre del Prestador

Presente

De nuestra mayor consideración:

Nos dirigimos a ustedes con el objeto de informarles la diferencia detectada por el departamento de Liquidaciones.

En caso de alguna duda, favor comunicarse con _____ (interno ____)

Nombre y Apellido del Paciente	Importe	Motivo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

TOTAL _____ **(IVA Incluido).**-

Sin otro particular, quedamos a sus órdenes para aclarar cualquier duda.

Atentamente.

Jefatura de Liquidaciones