

DERIVACION DE MUESTRAS

DATOS DE FACTURACION

Fecha:

Razón social:

CUIT N°:

Domicilio

Calle

Número

Piso

Depto.

Localidad

Cód. Postal

Provincia

Teléfonos

Correo electrónico

Datos del paciente

N° PROTOCOLO lab. Derivante:

Nombre y Apellido:

Día

Mes

Año

Fecha de nacimiento:

(Marcar lo que corresponda)

Sexo

(Marcar lo que corresponda)

Masculino ()

Femenino ()

Condición respecto del IVA

(Marcar lo que corresponda)

O.S. (Exento) ()

Prepago (10,5%) ()

Particular (21%) ()

Estudios a realizar:

Firma y Aclaración:

Enviar copia simple de la orden

Medio de pago (clientes sin Cta. Cte.)

(Indique medio de pago)

 Cheque a la orden de "VINZALAB - NO A LA ORDEN"

 Transferencia

Banco

Bco. Patagonia

Cta. Cte. En \$ N°

N° Cuenta

04242988068700020

CBU N°

0340042500429880687006