

# DATOS PRESTADOR

**X**  
DOCUMENTO  
NO VALIDO  
COMO FACTURA

## RECIBO

Nº 001-

FECHA

CUIT Nº  
ING. BRUTOS  
FECHA INICIO ACTIVIDADES

SEÑOR: OSPLAD  
DOMICILIO: TACUARI 345 – CABA

IVA: Resp. Inscripto  Monotributo   
Exento  No. Resp  Cons.Final

C.U.I.T 30-54666618-9

CANTIDAD	DESCRIPCION	PRECIO UNITARIO	IMPORTE
----------	-------------	-----------------	---------

	Por Prestaciones de Discapacidad		
--	----------------------------------	--	--

DATOS DE IMPRENTA Y DE AFIP

TOTAL