Modelo de Factura para Centro de día – Centro educativo terapéutico

DATOS PRESTADOR	C	FACTURA 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
"1"	*Honorarios por Prestación de* ***"Centro de Día / Centro Educativo Terapéutico"*** *(según corresponda)* ***Jornada Doble / Simple*** *(según corresponda)* ***Categoría "A" / "B" / "C"*** *(según corresponda)* *Correspondientes al mes de* ***"Junio 2018"*** ***Afiliado ".....***" ***DNI N° "....."*** *(Firma y Sello)*	*"$....."*	*"$....."*
DATOS DE IMPRENTA Y DE AFIP		TOTAL	*"$....."*