

**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
----------	-------------	-----------------	---------

Honorarios por **Escolaridad Especial**  
**Inicial / EGB / Formación Laboral**

(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