



Círculo de Kinesiólogos  
IX Distrito de la Provincia de Buenos Aires

**DATOS DEL AFILIADO**  
**PLANILLA SANCOR SALUD**

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO / TEL:

DIAGNOSTICO:

| DIA | MES | AÑO | CONFORMIDAD<br>AFILIADO | NUMERO DE<br>TRANSACCION |
|-----|-----|-----|-------------------------|--------------------------|
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**



Círculo de Kinesiólogos  
IX Distrito de la Provincia de Buenos Aires

**DATOS DEL AFILIADO**  
**PLANILLA SANCOR SALUD**

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO / TEL:

DIAGNOSTICO:

| DIA | MES | AÑO | CONFORMIDAD<br>AFILIADO | NUMERO DE<br>TRANSACCION |
|-----|-----|-----|-------------------------|--------------------------|
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**



Círculo de Kinesiólogos  
IX Distrito de la Provincia de Buenos Aires

**DATOS DEL AFILIADO**  
**PLANILLA SANCOR SALUD**

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO / TEL:

DIAGNOSTICO:

| DIA | MES | AÑO | CONFORMIDAD<br>AFILIADO | NUMERO DE<br>TRANSACCION |
|-----|-----|-----|-------------------------|--------------------------|
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |
|     |     |     |                         |                          |

**FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL**