MUESTRA

CLINICA ODONTOLOGICA
DEL SUR

Carlos H Rodriguez 637
Tel.: 02994640819

X

Documento no válido como factura

RECIBO **N° 0001 - 00000000**

Fecha: ...../...../.....

Sr. / es: .....

Domicilio: .....

I.V.A. Resp. Insc. ☐ Cons. Final ☐ Monotributo ☐ Exento ☐ No Resp. ☐

C.U.I.T.:

Recibi(mos) la suma de pesos: .....

en concepto de: .....

Firma ..... Aclaración .....

TOTAL $ ☐

ORIGINAL BLANCO DUPLICADO CELESTE

trrx-mov-0002----56

Impreso por Cooperativa de Trabajo B.A.N.T.I.C.S. Ltda. CUIT 30-71421493-0 - Insc. en R.F.I.
Fecha de Imp: 24 de Junio de 2022 - Numeracion: desde 0001 - 00000501 al 0001 - 00000800

CLINICA ODONTOLOGICA
DEL SUR

Carlos H Rodriguez 637
Tel.: 02994640819

X

Documento no válido como factura

RECIBO **N° 0001 - 11111111**

Fecha: ...../...../.....

Sr. / es: .....

Domicilio: .....

I.V.A. Resp. Insc. ☐ Cons. Final ☐ Monotributo ☐ Exento ☐ No Resp. ☐

C.U.I.T.:

Recibi(mos) la suma de pesos: .....

en concepto de: .....

Firma ..... Aclaración .....

TOTAL $ ☐

ORIGINAL BLANCO DUPLICADO CELESTE

trrx-mov-0002----56

Impreso por Cooperativa de Trabajo B.A.N.T.I.C.S. Ltda. CUIT 30-71421493-0 - Insc. en R.F.I.
Fecha de Imp: 24 de Junio de 2022 - Numeracion: desde 0001 - 00000501 al 0001 - 00000800