

# FACTURA MODELO – MÓDULOS DE REHABILITACIÓN

ORIGINAL

## FACTURA

Razón Social:

Domicilio Comercial:

Condición frente al IVA:

Punto de Venta: 000

Comp. Nro: 00000

Fecha de Emisión:

CUIT:

Ingresos Brutos:

Fecha de Inicio de Actividades:

Período Facturado Desde: 01/08/2018

Hasta: 31/08/2018

Fecha de Vto. para el pago: 28/09/2018

CUIT: 30546666189

Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto

Domicilio: Tacuari 345 - Capital Federal, Ciudad de Buenos Aires

Condición de venta: Cuenta Corriente

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Precio Unit.	% Bonif.	Imp. Bonif.	Subtotal
--------	---------------------	----------	-----------	--------------	----------	-------------	----------

	HONORARIOS	4		\$4166			\$16664
--	------------	---	--	--------	--	--	---------

PROFESIONALES POR  
PRESTACIÓN DE **MÓDULO  
INTEGRAL SIMPLE O  
MÓDULO INTEGRAL  
INTENSIVO (SEGÚN  
CORRESPONDA)**

8 SES. DE PSICOLOGÍA – 4  
SES. DE KINESIOLOGÍA – 4  
SES. DE FONOAUDIOLOGÍA.

**AFILIADO:** .....

**D.N.I.:** .....

**AGOSTO 2018**

Subtotal: \$ 16.664,00

Importe Otros Tributos: \$ 0,00

Importe Total: \$ 16.664,00



Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°:

Fecha de Vto. de CAE:

Esta Administración Federal no se responsabiliza por los datos ingresados en el detalle de la operación

