# San Fernando Municipio

SAN FERNANDO MUNICIPIO

**Usuario:** 007819
**Emitido:** 02/08/19 09:37
**Pag.:**

**CUENTAS ESPECIALES** **Legajo:** 31196013 **Recibo N°:** 0-7520113 (7)

**TITULAR** DUARTE LOPEZ DEBORA MAGALI DNI 31196013

**Nomenclatura Catastral:**

**Domicilio :** 0

**Domicilio Destinatario:** SARGENTO DIAZ 298 1 / A TIGRE 1648

**Recibo Especial**

SAN FERNANDO **Legajo:** 31196013 **TITULAR** DUARTE LOPEZ DEBORA MAGALI **Recibo N°:** 0-7520113 (7)

| Periodo/Plan | Cuota | Importe | Accesorios | Total |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 900.00 | 0.00 | 900.00 |
| | | 900.00 | 0.00 | 900.00 |



Retirar de 10 a 14 hs
con este recibo
2018

LIBRETA SANITARIA Nro. ....

**Vencimiento: 02/08/2019** **Total: 900.00**

# San Fernando Municipio

SAN FERNANDO MUNICIPIO

**Usuario:** 007819
**Emitido:** 02/08/19 09:37
**Pag.:**

**CUENTAS ESPECIALES** **Legajo:** 31196013 **Recibo N°:** 0-7520113 (7)

**TITULAR** DUARTE LOPEZ DEBORA MAGALI DNI 31196013

**Nomenclatura Catastral:**

**Domicilio :** 0

**Domicilio Destinatario:** SARGENTO DIAZ 298 1 / A TIGRE 1648

**Recibo Especial**

SAN FERNANDO **Legajo:** 31196013 **TITULAR** DUARTE LOPEZ DEBORA MAGALI **Recibo N°:** 0-7520113 (7)

| Periodo/Plan | Cuota | Importe | Accesorios | Total |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 900.00 | 0.00 | 900.00 |
| | | 900.00 | 0.00 | 900.00 |



Retirar de 10 a 14 hs
con este recibo
2018

LIBRETA SANITARIA Nro. ....

**Vencimiento: 02/08/2019** **Total: 900.00**

# SAN FERNANDO MUNICIPIO

*DIRECCIÓN GRAL. DE CONTROL DE SERVICIOS EN LA VÍA PÚBLICA*

# LIBRETA SANITARIA

Nº 1485



HOSPITAL MUNICIPAL SAN CAYETANO

GRUPO SANGUÍNEO .....

ORH (+)

.....

FIRMA DEL INTERESADO

SAN FERNANDO MUNICIPIO

Apellido DUARTE LÓPEZ

Nombre DÉBORA MAGALI

Domicilio STO. DIAZ 298 1° A' TIGRE

Nació el 30-10-84 Estado SOLTERA

Nacionalidad ARG.

C.I.Nº ..... Pasaporte .....

L.E. ó L.C. ó D.N.I. Nº 31.196.013

Ocupación LIC. EN NUTRICIÓN

San Fernando 2 de AGOSTO DE 2019

Vence 2/8/20

Aptitud APTO

Dr. RAUL FERNANDO SANTINO
CLINICA MEDICA
MN. 27783 MP. 42631

HOSPITAL DE SAN FERNANDO
CAJA
CUERPO MEDICO

Firma Médico .....

Recibo Nº 07520113