FORMATO DESCARGA DE FACTURAS PARA REEMBOLSO MEDICO

NOMBRE ATLETA:	
FECHA DEL ACCIDENTE:	
FECHA 1er CONSULTA:	
LUGAR ACCIDENTE:	
LUGAR DE ATENCION MEDICA:	
NOMBRE PROFESOR:	
NOMBRE ESCUELA TKD:	

FECHA FACTURA	DESCRIPCION	No DE FACTURA	FOLIO FISCAL	TOTAL	OBSERVACIONES	OTROS