IOMA

CERTIFICACIÓN / DGP - AREA DISCAPACIDAD - LIQUIDACIONES

Nº DE REMITO _____

INSTITUCIÓN / _____

Calle _____ Nº _____

Partido _____ Localidad _____

Mes / año _____ ACREDITAR-DEBITAR $ _____

Motivos _____

	ACREDITAR	DEBITAR
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
	$	$
SUMAS PARCIALES	**$**	**$**
SALDO ACREEDOR-DEUDOR	**$**	**$**

RESUMEN /

Factura presentada _____

Por diferencia ACREDITAR-DEBITAR _____

Total a pagar _____

Importa la siguiente factura la suma de $ _____

_____

Lugar y fecha _____

_____
INTERVIENE