**PLANTILLA DE FACTURA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA** | **TU LOGO** |
| Dirección Línea 1 |  | **Nº DE FACTURA.** |   |
| Dirección Línea 2 |  | **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** |   |
| 12345, Ciudad, Estado |  | **FECHA DE SVC** |   |
| Teléfono: (000) 000-0000 |  | **FECHA DE LA FACTURA** |   |
| Fax: (000) 000-0000 |  | **FECHA DE VENCIMIENTO** |   |
| dirección web |  |  |  | FACTURA MÉDICA |
|  |  |  |  |  |  |
| **FACTURAR A** |  | **SVC ID** | **SERVICIO MÉDICO** | **MEDICACIÓN** | **COSTAR** |
| [ NOMBRE ] |  |   |   |   |  |
| [ NOMBRE ADICIONAL ] |  |   |   |   |  |
| [ DIRECCIÓN LÍNEA 1 ] |  |   |   |   |  |
| [ DIRECCIÓN LÍNEA 2 ] |  |   |   |   |  |
| [ CIUDAD, ESTADO, ZIP ] |  |   |   |   |  |
| [ TELÉFONO ] |  |   |   |   |  |
| [ CORREO ELECTRÓNICO ] |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *Si tiene preguntas sobre esta factura, póngase en contacto con:* |  |   |   |   |  |
|  | LETRA CHICA |   | **SUBTOTAL** | 0.00 |
| Nombre |  |  | introduzca el porcentaje **de TASA IMPOSITIVA** | 0.000% |
| (321) 456-7890 |  | **IMPUESTO TOTAL** | 0.00 |
| Dirección de correo electrónico |  | **OTRO** | 0.00 |
| Dirección web |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **RENUNCIA**Cualquier artículo, plantilla o información proporcionada por Smartsheet en el sitio web es solo para referencia. Si bien nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos representaciones o garantías de ningún tipo, expresas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, artículos, plantillas o gráficos relacionados contenidos en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |