**PLANTILLA DE FACTURA MÉDICA**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE DE LA EMPRESA** | **SU LOGOTIPO** |
| Línea 1 de dirección |  | **N.º DE FACTURA** |   |
| Línea 2 de dirección |  | **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE** |   |
| Ciudad, Estado 12345 |  | **FECHA DEL SVC** |   |
| Teléfono: (000) 000-0000 |  | **FECHA DE LA FACTURA** |   |
| Fax: (000) 000-0000 |  | **FECHA DE VENCIMIENTO** |   |
| dirección web |  |  |  | PLANTILLA MÉDICA |
|  |  |  |  |  |  |
| **FACTURAR A** |  | **Identificación de SVC** | **SERVICIO MÉDICO** | **MEDICAMENTO** | **COSTO** |
| [NOMBRE] |  |   |   |   |  |
| [NOMBRE ADICIONAL] |  |   |   |   |  |
| [LÍNEA 1 DE DIRECCIÓN] |  |   |   |   |  |
| [LÍNEA 2 DE DIRECCIÓN] |  |   |   |   |  |
| [CIUDAD/ESTADO/CÓDIGO POSTAL] |  |   |   |   |  |
| [TELÉFONO] |  |   |   |   |  |
| [CORREO ELECTRÓNICO] |  |   |   |   |  |
|   |  |   |   |   |  |
| *Si tiene preguntas relacionadas con esta factura, póngase en contacto con:* |  |   |   |   |  |
|  | CONDICIONES |   | **SUBTOTAL** | 0,00 |
| Nombre |  |  | introduzca el porcentaje **TASA IMPOSITIVA** | 0,000% |
| (321) 456-7890 |  | **IMPUESTO TOTAL** | 0,00 |
| Dirección de correo electrónico |  | **OTRO** | 0,00 |
| Dirección web |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **DESCARGO DE RESPONSABILIDAD**Todos los artículos, las plantillas o la información que proporcione Smartsheet en el sitio web son solo de referencia. Mientras nos esforzamos por mantener la información actualizada y correcta, no hacemos declaraciones ni garantías de ningún tipo, explícitas o implícitas, sobre la integridad, precisión, confiabilidad, idoneidad o disponibilidad con respecto al sitio web o la información, los artículos, las plantillas o los gráficos relacionados que figuran en el sitio web. Por lo tanto, cualquier confianza que usted deposite en dicha información es estrictamente bajo su propio riesgo. |