



Registro de Contabilidad

FAUQUIER FREE CLINIC
 35 Rock Pointe Lane, Warrenton, VA
 P.O. Box 3138, Warrenton, VA 20188
 edocs@fauquierfreeclinic.org

PACIENTE

Nombre
Nombre del Negocio

1^{er} MES _____

INGRESOS

GASTOS

Fecha Recibido	Tipo de Trabajo	Cantidad Recibida		Fecha de Pago	Tipo de Gasto	Total Pagado
	Ingresos TOTALES del 1^{er} Mes	\$				

Continue Atras

2^{do} MES _____

INGRESOS

GASTOS

Fecha Recibida	Tipo de Trabajo	Cantidad Recibida	Fecha de Pago	Tipo de Gasto	Monto Pagado
	Ingresos TOTALES del	\$			
	2^{do} Mes				

Certifico que tengo recibos u otras formas de verificación archivadas de todos los ingresos y gastos informados en este formulario. Declaro y afirmo que la información incluida ha sido examinada por mí y, según mi mejor conocimiento es verdadera y correcta.

Firma del PACIENTE: _____ **Fecha:** _____