

CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

CARATULA DE PRESENTACION - CONFECCIONAR POR TRIPLICADO

OBRA SOCIAL: Ob.SBA - OS CIUDAD DE BUENOS AIRES	PLAN: Indicar el que correspond
---	---

CODIGO DE PAMI:	DROGUERÍA:
------------------------	-------------------

FARMACIA:	SOCIO N°:
------------------	------------------

CANTIDAD DE RECETAS: **TOTAL FACTURADO: \$**

CANTIDAD DE UNIDADES **A CARGO OBRA SOCIAL: \$**
(Cuando corresponda)

BONIFICACION: \$

NETO A REINTEGRAR: \$

-----/-----/-----
FECHA

firma del responsable y sello de la farmacia

CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

CARATULA DE PRESENTACION - CONFECCIONAR POR TRIPLICADO

OBRA SOCIAL: Ob.SBA - OS CIUDAD DE BUENOS AIRES	PLAN:
---	--------------

CODIGO DE PAMI:	DROGUERÍA:
------------------------	-------------------

FARMACIA:	SOCIO N°:
------------------	------------------

CANTIDAD DE RECETAS: **TOTAL FACTURADO: \$**

CANTIDAD DE UNIDADES **A CARGO OBRA SOCIAL: \$**
(Cuando corresponda)

BONIFICACION: \$

NETO A REINTEGRAR: \$

-----/-----/-----
FECHA

firma del responsable y sello de la farmacia