CONVENIO FACAF – DROGUERÍA ORIEN

PLANILLA DE LIQUIDACION

ID FACAF:		**COD.PAMI:**	
FARMACIA:			
DIRECCION:			
LOCALIDAD:		**PROVINCIA:**	

Nº REMITO	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	CANT. TROQUELES	DNI BENEFICIARIO	IMPORTE A REINTEGRAR
TOTALES					

Fecha: ...../...../.....

Sello y Firma de la Farmacia