CONVENIO FACAF – DROGUERÍA FARMA KD

PLANILLA DE LIQUIDACION

ID FACAF:		**COD.PAMI:**	

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

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

Sello y Firma de la Farmacia