

Planilla de liquidación de medicamentos: por triplicado

MAGISTRADOS

PLANILLA DE LIQUIDACION DE MEDICAMENTOS

FARMACIA	
DOMICILIO	LOCALIDAD

FECHA	Nº FACTURA	IMPORTE	FECHA	Nº FACTURA	IMPORTE

TOTALES		TOTALES		
----------------	--	----------------	--	--

TOTAL FACTURADO:

FIRMA Y SELLO DE LA FARMACIA