CARATULA DE PRESENTACION OSPIL AMPIL

CARÁTULA DE

FECHA: / /

PERIODO PRESENTADO

REFACTURACI	**SI**	**N**

QUINCEN	MES	AÑO

CÁMARA:

OBRA SOCIAL: **OSPIL AMPIL**

PLAN:

CÓDIGO PAMI:	
CÓDIGO INTERNO:	

CANTIDAD DE LOTES	

FARMACIA:

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

TELÉFONO:

CANTIDAD DE RECETAS:	
CANTIDAD DE UNIDADES:	

IMPORTES	
TOTAL OSPIL (Precio de Venta al público)	$
TOTAL AMPIL (Precio de Venta al público)	$
A CARGO OSPIL	$
A CARGO AMPIL	$
BONIFICACION	$
NETO A REINTEGRAR	$

FIRMA RESPONSABLE

SELLO DE LA FARMACIA