



Serie A Lote N°

VALESALUD

SOCIO

REFACTURACION	
SI	
NO	

Código de PAMI	Nombre de la farmacia

Domicilio	Localidad	Provincia

Farmacéutico	Matrícula	Mes	Año

PLAN	CANT. DE RCTAS	TOTAL FACTURADO	A CARGO OBRA SOCIAL
20 %			
TOTAL			

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

Sello y firma Farmacéutico/a

Sello Recepción