



RESUMEN DE FACTURACION

PERIODO:.....

COD. FARMACIA:.....

NOMBRE DE LA FARMACIA:.....

C.U.I.T.:.....

TIPO DE DESCUENTO:.....

Orden	Fecha	Validación	Nº de receta	Beneficiario	Importe bruto	Importe a cargo O. S.
<b>TOTALES</b>						
			<b>BONIFICACION</b>			
			<b>NETO A COBRAR</b>			

.....  
**Sello y Firma Farmacia**