

FARMACIA:	SOCIO:
-----------	--------

DIRECCION:

LOCALIDAD:

PERIODO FACTURADO:	Mes:	Año:
--------------------	------	------

FARMACIA:	SOCIO:
-----------	--------

DIRECCION:

LOCALIDAD:

PERIODO FACTURADO:	Mes:	Año:
--------------------	------	------

I.O.S.F.A REFACTURACION



CANT DE RCTAS	PLAN	TOTAL FACTURADO 100%	A CARGO I.O.S.F.A
	1- AMBULATORIO		
	2- PBI MADRES 100%		
	3- PBI NIÑO 100%		
	4- OTRAS COBERTURAS		
	TOTAL		
	BONIFICACION 7%		
	NETO A COBRAR		

FIRMA Y SELLO FARMACIA

I.O.S.F.A REFACTURACION



CANT DE RCTAS	PLAN	TOTAL FACTURADO 100%	A CARGO I.O.S.F.A
	1- AMBULATORIO		
	2- PBI MADRES 100%		
	3- PBI NIÑO 100%		
	4- OTRAS COBERTURAS		
	TOTAL		
	BONIFICACION 7%		
	NETO A COBRAR		

FIRMA Y SELLO FARMACIA
