

**Comprobante generación de Pedido de LECHEs MEDICAMENTOSAS**

<b><u>DATOS DEL BENEFICIARIO</u></b>	
<b>Núm. De Socio</b>	
<b>DNI</b>	
<b>Nombre Completo</b>	
<b><u>DATOS DE LA FARMACIA</u></b>	
<b>Farmacia asignada</b>	
<b>Domicilio</b>	
<b>Teléfono</b>	
<b><u>DATOS DEL PEDIDO</u></b>	
<b>Producto</b>	
<b>Cantidad de Unidades</b>	
<b>Código de Validación</b>	
<b>ID de pedido</b>	
<b>Droguería</b>	

Estimado afiliado: Recuerde que su pedido estará disponible en la farmacia elegida, 48 hs hábiles posteriores a la recepción de este comprobante. Antes de su retiro, comuníquese con la farmacia para consultar la recepción del mismo.

Ante cualquier duda comuníquese con nosotros a los siguientes teléfonos:

011-4381-1114/2297



011-26703947