

FARMACIA:	SOCIO:
DIRECCION:	
LOCALIDAD:	
PERIODO FACTURADO: Mes: Año:	

I.O.S.F.A RESUMEN DE FACTURACION



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

FIRMA Y SELLO FARMACIA

FARMACIA:	SOCIO:
DIRECCION:	
LOCALIDAD:	
PERIODO FACTURADO: Mes: Año:	

I.O.S.F.A RESUMEN DE FACTURACION



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

FIRMA Y SELLO FARMACIA
