

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

DIRECCION:

LOCALIDAD:

PERIODO FACTURADO:	
MES	AÑO

I.O.S.F.A FACTURACION ONCOLOGICO

CANT DE RCTAS	PLAN	TOTAL FACTURADO 100%	A CARGO I.O.S.F.A
	ONCOLOGICO		
	TOTAL		
	BONIFICACION 0%		
	NETO A COBRAR		

FIRMA Y SELLO FARMACIA
