

PLANILLA DE LIQUIDACION CONVENIO FACAF – DROGUERÍA FARMA K

ID FACAF		COD.PAMI:	
----------	--	-----------	--

Nº Remito	Fecha Recep.	Fecha Entrega	Cantidad Troqueles	Documento Beneficiario	Importe A Reintegrar

Fecha:/...../.....

Sello y firma del DT

Sello de la Farmacia