



INTEGRAL

GILSA S.A. DIRECTOS CON IVA

SOCIO: _____

Nombre de Farmacia: _____

COD. FARMALINK: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Farmacéuticos: _____

Matricula: _____

Mes: _____

Año: _____

PLANES	CANT. DE REC	TOTAL FACTURADO 100%	A CARGO O.S.
PLAN 100%			
PLAN 40%			
PLAN 70%			
MIXTO			

TOTAL:			
--------	--	--	--

Sello y firma Farmacéutico/a

Sello y firma Cámara de Farmacias

Los importes que no fueran consignados en la presente carátula no serán considerados al momento de la carga de la Obra Social para ser liquidada, lo que podría ocasionar eventuales inconvenientes para el cobro de los mencionados importes. Cada Farmacia deberá confeccionar una única Planilla Resumen por triplicado