

CONVENIO FACAF – DROGUERÍA ORIEN
PLANILLA DE LIQUIDACION

ID FACAF:		COD.PAMI:	
FARMACIA:			
DIRECCION:			
LOCALIDAD:		PROVINCIA:	

Nº REMITO	FECHA RECEPCION	FECHA ENTREGA	CANT. TROQUELES	DNI BENEFICIARIO	IMPORTE A REINTEGRAR
TOTALES					

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

Sello y Firma de la Farmacia