

OMINT	
Apellido y Nombre Beneficiario	N° Beneficiario
Producto	Presentación
Datos de quien retira/recibe:	Apellido – DNI:
Firma de quien retira:	
Farmacia: Sello y Firma Farmacia.	

OMINT	
Apellido y Nombre Beneficiario	N° Beneficiario
Producto	Presentación
Datos de quien retira/recibe:	Apellido – DNI:
Firma de quien retira:	
Farmacia: Sello y Firma Farmacia.	

OMINT	
Apellido y Nombre Beneficiario	N° Beneficiario
Producto	Presentación

Datos de quien retira/recibe:	Apellido – DNI:	Datos de quien retira/recibe:	Apellido – DNI:
Firma de quien retira:		Firma de quien retira:	
Farmacia: Sello y Firma Farmacia.		Farmacia: Sello y Firma Farmacia.	