

POLICÍA FEDERAL

FARMACIA:

PERIODO:

PLAN:

ORDEN	NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO	Nº BENEF.	IMP.100%	IMP. MUTUAL
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
	TOTALES		0,00	0,00