

Para uso interno	Código de farmacia	
	Institución	
	Plan	
	Número de lote	

Datos a completar por farmacia	DATOS DE FARMACIA			
	Código		Nombre	
	DATOS DE INSTITUCION			
	Nombre			
	Plan			
	Descuento	%	Periodo	
	Cantidad total de recetas		Importe Total 100%	\$
			Importe a/c Obra Social	\$

Sello y firma de Farmacia	Recibido por Admifarm