


 Asociación Mutual de Profesionales de la Salud Mat. N° 976  CPSPS Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba						
				Obra Social del Afiliado		
Apellido y Nombre del Afiliado:				DNI Afiliado:		
R.P				Cantidad	Precio Unitario	Total Importe
1.-						
2.-						
Fecha de Prescripción				Fecha de Expendio		
						Importe Total Facturado
Firma y Sello del Médico		Firma y Sello de la Farmacia		25% sobre el saldo (con OS)		
				20% del TF (sin OS)		
				Importe a pagar		
				Firma del paciente		
				DNI/LC/LE/CI		
				Domicilio		

Señor Afiliado: la correcta utilización del recetario garantiza más y mejores servicios.

 Asociación Mutual de Profesionales de la Salud Mat. N° 976  CPSPS Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba						
				Obra Social del Afiliado		
Apellido y Nombre del Afiliado:				DNI Afiliado:		
R.P				Cantidad	Precio Unitario	Total Importe
1.-						
2.-						
Fecha de Prescripción				Fecha de Expendio		
						Importe Total Facturado
Firma y Sello del Médico		Firma y Sello de la Farmacia		25% sobre el saldo (con OS)		
				20% del TF (sin OS)		
				Importe a pagar		
				Firma del paciente		
				DNI/LC/LE/CI		
				Domicilio		

Señor Afiliado: la correcta utilización del recetario garantiza más y mejores servicios.