

CONVENIO PAMI-INDUSTRIA

Carátula Manual de Refacturación

Colegio: _____

Agrupamiento: _____

Farmacia Nombre: _____

Código PAMI: _____

Recetas: _____

Total Facturado PVP PAMI: \$ _____

Total A Cargo Convenio: \$ _____

Sello y Firma de la Farmacia