

Nº de prestador (*)		Nombre de la Farmacia / Cámara	
CUIT			
Dirección:			
Localidad:			
C.P:		Provincia:	
Período de Facturación:			
Total recetas	Importe total Facturado	Refacturación?	
	\$		

(*) A completar por Prevención ART

 Sello y firma Farmacéutico/a

Nº de prestador (*)		Nombre de la Farmacia / Cámara	
CUIT			
Dirección:			
Localidad:			
C.P:		Provincia:	
Período de Facturación:			
Total recetas	Importe total Facturado	Refacturación?	
	\$		

(*) A completar por Prevención ART

 Sello y firma Farmacéutico/a