
	Nº Prestador	
	(ID-FACAF)	
	Fecha:	
Farmacia:		
Dirección:		
Localidad:		
Provincia:		
Código Postal:		
Mes:		
Cantidad de recetas:		
Total Facturado:		
Importe a Cargo O.S.:		

	Nº Prestador	
	(ID-FACAF)	
	Fecha:	
Farmacia:		
Dirección:		
Localidad:		
Provincia:		
Código Postal:		
Mes:		
Cantidad de recetas:		
Total Facturado:		
Importe a Cargo O.S.:		