



CARATULA APROSS

DOMICILIO:		LOCALIDAD:	PROVINCIA:	
FARMACIA:		MATRICULA:	MES:	AÑO:

PLAN	CANT.DE RECETAS	TOTAL FACTURADO 100 %	A CARGO APROSS
Ambulatorio			
PMI			
ACE			
RES. 40/05			

SELLO

FIRMA FARMACEUTICO

SR.FARMACEUTICO UD. DEBE PRESENTAR ESTA CARATULA JUNTO CON LOS CIERRES DE LOTES Y PRESENTACION CORRESPONDIENTES DE **APROSS**