

**FOPC**FEDERACION ODONTOLOGICA  
DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**RECETARIO PARA FARMACIA**

(validez de esta receta 30 días)

**DASO**

M.P...../.....

Profesional: .....

Beneficiario: .....

..... DIA    MES    AÑO	Fecha Prescripción Médica
Nº de Matrícula, sello y firma del Médico	

1	Troquelado	\$
2	Troquelado	\$

Máximo: 2 especialidades. Una Unidad de c/u

.....  
Firma conformidad beneficiario

.....  
Doc, Ident. N°

Domicilio: .....

.....

...../...../.....	Importe total	\$
Fecha de Expendio receta	Abonado por el beneficiario 70%	\$
	Importe a cargo DASO 30%	\$

**FOPC**FEDERACION ODONTOLOGICA  
DE LA PROVINCIA DE CORDOBA**RECETARIO PARA FARMACIA**

(validez de esta receta 30 días)

**DASO**

M.P...../.....

Profesional: .....

Beneficiario: .....

..... DIA    MES    AÑO	Fecha Prescripción Médica
Nº de Matrícula, sello y firma del Médico	

1	Troquelado	\$
2	Troquelado	\$

Máximo: 2 especialidades. Una Unidad de c/u

.....  
Firma conformidad beneficiario

.....  
Doc, Ident. N°

Domicilio: .....

.....

...../...../.....	Importe total	\$
Fecha de Expendio receta	Abonado por el beneficiario 70%	\$
	Importe a cargo DASO 30%	\$