

FOPCFEDERACION 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%	\$

FOPCFEDERACION 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%	\$