



Cámara de Farmacias  
de la Provincia  
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

# UNIMED

SOCIO:

Nombre de Farmacia:

|                      |                  |                  |            |
|----------------------|------------------|------------------|------------|
| Domicilio: _____     | Localidad: _____ | Provincia: _____ |            |
| Farmacéuticos: _____ | Matricula: _____ | Mes: _____       | Año: _____ |

| PLANES      | CANT.<br>DE REC | TOTAL<br>FACTURADO 100% | A CARGO<br>O.S. |
|-------------|-----------------|-------------------------|-----------------|
| VALIDADO    |                 |                         |                 |
| NO VALIDADO |                 |                         |                 |

|               |  |  |  |
|---------------|--|--|--|
| <b>TOTAL:</b> |  |  |  |
|---------------|--|--|--|

Sello y firma Farmacéutico/a

Sello y firma Cámara de Farmacias

Los importes que no fueran consignados en la presente carátula no serán considerados al momento de la carga de la Obra Social para ser liquidada, lo que podría ocasionar eventuales inconvenientes para el cobro de los mencionados importes. Cada Farmacia deberá confeccionar una única Planilla Resumen por triplicado