



REGISTRO DE ENTRADA

FARMACIA NÚMERO

D./DA.

RECLAMACIÓN DE RECETAS DE LA FACTURACIÓN DEL MES:

TIPO DE RECETA	PAQUETE NÚMERO	RECETA NÚMERO	EUROS FACTUR. POR COLEGIO	EUROS SEGÚN FARMACIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Sello de la Farmacia:

Nota: Caso de tener diferencias entre los datos facturados por el Colegio y los que Vd. dispone, rogamos envíe este formulario de reclamación, incluyendo además los datos complementarios que Vd. Desea.

EL PLAZO MÁXIMO PARA PRESENTAR RECLAMACIONES ES HASTA EL DÍA 15 DEL MES SIGUIENTE DE LA RECEPCIÓN DE LOS DATOS DE FACTURACIÓN OBJETO DE ESTA RECLAMACIÓN.