



**Sindicato Luz y Fuerza - Zárate**  
 PERSONERIA GREMIAL Nº 1669 - Tel./Fax: 03487-423366  
 Compensadora Médica Sanitaria



**Sindicato Luz y Fuerza - Zárate**  
 PERSONERIA GREMIAL Nº 1669 - Tel./Fax: 03487-423366  
 Compensadora Médica Sanitaria

VALIDO HASTA 31/12/2015

Nº 00000226

**RECETA**

**COMPLETAR OBLIGATORIO**

FECHA VENC.	CODIGO FARMACIA

CANT. ENTREGADA	Precio Unitario (\$)	Importe (\$)	% A/C O. Soc.
			30
			30

Certifico entrega de medicamentos facturados	Total Receta (\$)
SELLO	A cargo Benef. (\$)
Firma Farmacéutica	<b>A CARGO O. SOCIAL (\$)</b>

**NOTA: Este recetario no es válido para medicamentos de tratamiento Oncológico ni P.M.I.**

Firma Conforme:

Aclaración y DNI

**COSEGURO DE**

RECETA		EDAD	
FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO		
APELLIDO Y NOMBRES:	SEXO	M	F
	CANT. RECETADA		
Rp:	Nros.	1	Uno
	LETRAS	1	Uno
TRATAM. PROLONGADO	SI	NO	CANTIDAD DE DIAS
Diagnóstico	Firma Profesional		
Sello, Aclaración, Firma y Matricula			



**Sindicato Luz y Fuerza - Zárate**  
 PERSONERIA GREMIAL N° 1669 - Tel./Fax: 03487-423366  
 Compensadora Médica Sanitaria



**Sindicato Luz y Fuerza - Zárate**  
 PERSONERIA GREMIAL N° 1669 - Tel./Fax: 03487-423366  
 Compensadora Médica Sanitaria

**COSEGURO DE**

RECETA		RECETA	
FECHA DE EMISION	NUMERO DE BENEFICIARIO	EDAD	
APELLIDO Y NOMBRES:		SEXO	M F
		CANT. RECETADA	
		Nros.	LETRAS
Rp: .....		1	Uno
Rp: .....		1	Uno
TRATAM. PROLONGADO	SI NO	CANTIDAD DE DIAS	Firma Profesional
Diagnóstico			Sello, Aclaración, Firma y Matrícula

N° 00003205

**RECETA**

FECHA VENC.	CODIGO FARMACIA

CANT. ENTREGADA	Precio Unitario (\$)	Importe (\$)	% A/C O. Soc.
			40
			40

Certifico entrega de medicamentos facturados	Total Receta (\$)
SELLO	A cargo Benef. (\$)
Firma Farmacéutica	A cargo O. Social (\$)

**VALIDO MES DE AGOSTO**

NOTA: Este recetario no es válido para medicamentos de tratamiento Oncológico ni P.M.I.	Firma Conforme:
	Aclaración y DNI