



LAMUTUAL

Asociación Mutualista de Empleados del Banco de la Provincia de Buenos Aires

N° de Orden:.....

Serie "A" AM N° 17

RECETA EXCLUSIVA PARA MEDICAMENTOS (SIN CARGO)

Nombre y Apellido	Edad	Afiliado N°		Localidad	Fecha	
				/...../.....	
MEDICAMENTOS	DOSIS DIARIAS	DÍAS DE TRATAMIENTO	T/P	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	PRECIO TOTAL
RP/						
RP/						

DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS		<p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">SELLO DEL MEDICO</p>	TOTAL	
DIAGNOSTICO PRINCIPAL y/o CODIGO OMS			A CARGO AFILIADO	
<p style="text-align: center;">SELLO DE LA FARMACIA</p>			A CARGO AMEBPBA	
			<p style="text-align: center;">Conformidad del afiliado</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA</p> <p>DNI N° <input type="text"/></p>	
FECHA DE EXPENDIO:/...../.....				