

JERARQUICOS SALUD

| | | | |
|-------------------------|--|-------|--|
| N° Prestador (ID FACAF) | | Fecha | |
| Farmacia | | | |
| Direccion | | | |
| Localidad | | | |
| Provincia | | | |
| Codigo postal | | | |
| Mes | | | |
| | | | |
| Cantidad de Recetas | | | |
| Total Facturado | | | |
| Importe a Cargo O.S. | | | |