

Intestazione Farmacia (timbro)

Documentazione relativa al FARMACUP mese di: _____ -

-Importo Ticket Incassati per conto della ASL _____ -

-Importo Ticket Incassati per conto dell'Az. Osp. _____ -

-Importo Totale Ticket Incassati _____ -

_____, il ____/____/____
(Luogo) (Data)

(Timbro e Firma Farmacia)

Intestazione Farmacia (timbro)

Documentazione relativa al FARMACUP mese di: _____ -

-Importo Ticket Incassati per conto della ASL _____ -

-Importo Ticket Incassati per conto dell'Az. Osp. _____ -

-Importo Totale Ticket Incassati _____ -

_____, il ____/____/____
(Luogo) (Data)

(Timbro e Firma Farmacia)