

PEDIDO DE REINTEGRO POR GASTOS EN MEDICAMENTOS



**ESTACIÓN EXPERIMENTAL
AGROINDUSTRIAL
OBISPO COLOMBRES**
Tucumán | Argentina

Para ser presentado ante la EEAOC a los fines de los beneficios vigentes pertinentes.

Paciente

Titular Adherente Tipo

En tratamiento por _____

Para la Farmacia	
Unitario	Total
Total \$:	

Firma y sello del Profesional

Legajo _____
Aclaración firma _____
a del Titular _____

Rp./

San Miguel de Tucumán | | |

Firma y sello Farmacia

SE AGRADECE LA COLABORACIÓN PRESTADA

PEDIDO DE REINTEGRO POR GASTOS EN MEDICAMENTOS



**ESTACIÓN EXPERIMENTAL
AGROINDUSTRIAL
OBISPO COLOMBRES**
Tucumán | Argentina

Para ser presentado ante la EEAOC a los fines de los beneficios vigentes pertinentes

Paciente

Titular Adherente Tipo

En tratamiento por _____

SE AGRADECE LA COLABORACIÓN PRESTADA