

**FICHA INDIVIDUAL**  
**PAGO DE PRESTACIONES POR NOTA DE CRÉDITO**

..... de ..... de 20 .....

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, la que suscribe, Sr./a: .....,  
DNI: ....., Representante de la Farmacia: ....., Con  
domicilio en: ....., Localidad de: .....,  
Provincia de: ....., CP: ..... Informa que desea recibir las notas de  
crédito correspondiente a las prestaciones brindadas en convenio con REVISAR S.A. a través de  
Droguería: ....., Sucursal: .....,  
número de Cuenta : ....., Código PAMI: .....

Sin otro particular, saluda a Uds. atentamente.

**Nota: Se debe presentar la presente con firma y sello de la droguería designada**

.....  
*Firma y Sello Responsable Farmacia*

**Aprobación DROGUERÍA asignada:**

.....  
*Firma y Sello Responsable Droguería*

**Otros datos a completar:**

- **Persona encargada de la Farmacia:**
- **Teléfono de la Farmacia:**

**Nota:** Se solicita.....