

ANEXO 1

DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LAS CANTIDADES DETRAÍDAS EN LA FACTURACIÓN

FARMACIA: _____

CALLE _____ Nº _____

Código Postal _____ LOCALIDAD _____ PROVINCIA _____

Por la presente, declaro que la cantidad detrída por el SAS ha sido de:

- En el mes de junio: _____
- En el mes de julio: _____

TOTAL: _____

TELEFONO DE CONTACTO: _____

E MAIL : _____

FIRMADO D/DÑA: _____