

VACUNACIÓN PAMI 2010

Fecha _____ Hora _____ N° Autorización _____

FARMACIA Cod PAMI _____

Nombre _____

AFILIADO N° de Beneficiario _____

Apellido y Nombres _____

Edad _____ Documento _____ Teléfono _____

Este comprobante es sin valor comercial y se emite al solo efecto de registrar la conformidad del afiliado con la aplicación de la vacuna por parte de la farmacia, sin costo alguno.

Firma Conforme Afiliado

Ante la aparición de síntomas o reacciones molestas, consulte al Farmacéutico en la Farmacia en que se aplicó la vacuna

VACUNACIÓN PAMI 2010

Fecha _____ Hora _____ N° Autorización _____

FARMACIA Cod PAMI _____

Nombre _____

AFILIADO N° de Beneficiario _____

Apellido y Nombres _____

Edad _____ Documento _____ Teléfono _____

Este comprobante es sin valor comercial y se emite al solo efecto de registrar la conformidad del afiliado con la aplicación de la vacuna por parte de la farmacia, sin costo alguno.

Firma Conforme Afiliado

Ante la aparición de síntomas o reacciones molestas, consulte al Farmacéutico en la Farmacia en que se aplicó la vacuna

VACUNACIÓN PAMI 2010

Fecha _____ Hora _____ N° Autorización _____

FARMACIA Cod PAMI _____

Nombre _____

AFILIADO N° de Beneficiario _____

Apellido y Nombres _____

Edad _____ Documento _____ Teléfono _____

Este comprobante es sin valor comercial y se emite al solo efecto de registrar la conformidad del afiliado con la aplicación de la vacuna por parte de la farmacia, sin costo alguno.

Firma Conforme Afiliado

Ante la aparición de síntomas o reacciones molestas, consulte al Farmacéutico en la Farmacia en que se aplicó la vacuna