

**ANEXO MODELO:
INFORME MENSUAL DE COMPRAS EFECTUADAS POR LA RED DE FARMACIAS PROPIAS**

Farmacia IOSE	Nº pedido	Fecha Pedido	Nº Remito	Fecha Remito	Droga	Presentacion	Laboratorio	Nº Troquel	Nombre Comercial	Tipo Doc (1)	Nº Doc (2)	Fecha Doc	Cant	Precio Unitario	% Desc	Total Factura

(1) Especificar FACT y/o NOTA de CREDITO

(2) Correspondiente a Fact y/o NC