

ASSOCIAZIONE TITOLARI DI FARMACIA – ESEMPIO REGIONE PIEMONTE
DISTINTA DELLA MAZZETTE

Farmacia : XXXXX

Indirizzo : XXXX

Comune di : XXXX

Codice Fiscale : XXXX

Partita IVA : XXXX

Azienda A.S.L. n° : XXXX

Codice Farmacia : XXXX

Provincia : XXXX

XXXX

XXXX

PERIODO : MARZO 2024

Elenco Mazzette (riferito alle sole ricette rosse + integrativa e promemoria residuali)	dal n.	al n.	Totale Lordo SSN	Totale Ticket	Totale Netto SSN
RICETTE	1	100	xxxxxx	xxxx	xxxx
RICETTE	101	200	xxxxxx	xxxx	xxxx
RICETTE	201	300	xxxxxx	xxxx	xxxx
TOTALE S.E. od O			xxxxxxx	xxxxxxx	xxxxxxx
Diritti addizionali			xxxxxxx		

RIEPILOGO FOGLI DI REGISTRO (riferito alle sole ricette DEMA)	CONVENZIONATA	DPC	DISSERVIZIO
a) Nr. Fogli di registro consegnati	XX	XX	XX
b) Nr. Ricette DEMA contabilizzate	XX	XX	XX
c) Nr. Totale fustelli apposti	XX	XX	XX
d) Nr. Fustelli contabilizzati	XX	XX	XX
e) Nr. Fustelli non contabilizzati nel mese corrente	XX	XX	XX
f) Nr. Fustelli contabilizzati ma consegnati nel mese precedente	XX	XX	XX

CONVENZIONATA	DEMA	ROSSE	INTEGRATIVA	TOTALE
N° totale ricette contabilizzate				
Totale lordo SSN				
Totale ticket				
Totale netto SSN				

Farmacia dei Servizi - DETTAGLIO attività SSR	Numero	Importo totale
Vaccinazione Covid	XX	€
Vaccinazioni antinfluenzali	XX	€
Prev. Serena-kit consegnati	XX	€
CUP	XX	€
Varie	XX	€

Data PER RICEVUTA

(FIRMA E TIMBRO FARMACIA)

FIRMA DEL RESPONSABILE DI ASL o suo delegato

Partenza: AOO A1400B, N. Prot. 00005702 del 29/02/2024