

ANEXA 6

Denumire FARMACIE \_\_\_\_\_

CIF/CUI \_\_\_\_\_

NR \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

## FORMULAR DE DECONT

### VOUCHERE PROIECT „O SANSA PENTRU CUPLURILE INFERTILE”

Anexăm prezentului formular de decont documentele justificative privind decontarea contravalorii tratamentului medicamentos eliberat pentru doamna:

\_\_\_\_\_

cu domiciliul în: \_\_\_\_\_

ANEXAM:

- SERIE VOUCHER UTILIZAT \_\_\_\_\_
- TOTAL SUMA DE DECONTAT \_\_\_\_\_
- CONT TREZORERIE \_\_\_\_\_
- DENUMIREA UNITĂȚII DE TREZORERIE \_\_\_\_\_

Documente JUSTIFICATIVE anexate:

- voucher în copie conform cu originalul - \_\_\_\_\_ buc.;
- factura fiscală;
- copie după rețeta semnată de către beneficiar, cu mențiunea „conform cu originalul”;
- copie certificat de conformitate pentru tratamentul medicamentos eliberat.

SEMNĂTURĂ AUTORIZATĂ,

ADMINISTRATOR/IMPUTERNICIT

Farmacia parteneră – contract afiliere