

PLAN VACUNACION PAMI 2016

Fecha:

- Hora:

COFA

FARMACIA:

DOMICILIO:

PROVINCIA:

AFILIADO:

VACUNA: ANTIGRIPAL

EDAD:

SEXO:

DOCUMENTO:

FIRMA CONFORME AFILIADO/A

Este comprobante es sin valor comercial y se emite al solo efecto de registrar la conformidad del afiliado con la aplicación de la vacuna.
CONSTANCIA DE APLICACION DE LA VACUNA ANTRIGRIPAL SUMINISTRADA POR EL INSJJP TOTALMENTE GRATUITA.

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

PLAN VACUNACION PAMI 2016

Fecha:

- Hora:

COFA

FARMACIA:

DOMICILIO:

PROVINCIA:

AFILIADO:

VACUNA: ANTIGRIPAL

EDAD:

SEXO:

DOCUMENTO:

FIRMA CONFORME AFILIADO/A

Este comprobante es sin valor comercial y se emite al solo efecto de registrar la conformidad del afiliado con la aplicación de la vacuna.
CONSTANCIA DE APLICACION DE LA VACUNA ANTRIGRIPAL SUMINISTRADA POR EL INSJJP TOTALMENTE GRATUITA.

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

PLAN VACUNACION PAMI 2016

Fecha:

- Hora:

COFA

FARMACIA:

DOMICILIO:

PROVINCIA: CAPITAL FEDERAL

AFILIADO:

VACUNA: ANTIGRIPAL

EDAD:

SEXO:

DOCUMENTO:

FIRMA CONFORME AFILIADO/A

Este comprobante es sin valor comercial y se emite al solo efecto de registrar la conformidad del afiliado con la aplicación de la vacuna.
CONSTANCIA DE APLICACION DE LA VACUNA ANTRIGRIPAL SUMINISTRADA POR EL INSJJP TOTALMENTE GRATUITA.

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