



PRESUPUESTO DE GASTOS – MEDICAMENTOS

PROGRAMA 2 – Ayudas asistenciales a favor de emigrantes españoles residentes en el exterior.

El Dr./Dra. en Medicina, D./D^a. _____,
titular de la matrícula N.º _____,
CERTIFICA que D. / D^a. _____,
se encuentra bajo su tratamiento y tiene los siguientes gastos de medicamentos mensuales:

CANTIDAD	CONCEPTO	IMPORTE (A cubrir por la institución o Farmacia según corresponda)		
		Unidad	Total	Precio pagado por Ud.

NOTA: El médico completará la lista de medicamentos.
La institución o Farmacia (según corresponda) completará las columnas con los importes.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Firma y sello del profesional

www.mites.gob.es/argentina
argentina@mites.gob.es

Firma y sello de la Institución o Farmacia

VIAMONTE 166
C1053ABD - BUENOS AIRES
TEL: +54 11 4876-0700
DIR 3: EA0041860