

**MODELO: D. C. P.**

**RELACIÓN DE LAS DIFERENCIAS QUE SE SOMETEN AL CRITERIO DE LA COMISIÓN PROVINCIAL DE FARMACIA**

Provincia: ..... Facturación mes de: .....

Número de la Farmacia	Número localización receta	Clave causa	Importes facturados		Importes comprobados		Importe Compensación (1)	Criterios de la Comisión (2)
			P.V.P.	Aportación	P.V.P.	Aportación		

- (1) Con signo (+) si es a favor de la Gerencia de Salud de Área.  
Con signo (-) si es a favor del Colegio Provincial de Farmacéuticos.  
(2) Criterios de la Comisión Provincial: Confirmada, Anulada, Pase a C.R.F.