

PEDIDO ALTA IOMA

INDICE

- 1.- DOCUMENTACION REQUERIDA
- 2.- FORMULARIO CARTA PEDIDO
- 3.- FORMULARIO ALTA DROGUERIA

En atención a la documentación remitida en numerosas tramitaciones de alta o modificaciones de farmacias.

A ese respecto se advierte que como requisito previo e ineludible para la toma de conocimiento por parte del Honorable Directorio de esta Obra Social, toda documentación respaldatoria atinente a las altas de farmacias y de sus posteriores modificaciones, deberá presentarse en original o en copia autenticada, pudiendo procederse a la autenticación por intermedio de escribano público, juez de paz, Registro Público de Comercio e incluso, por parte de personal de este Instituto, en este último caso previa exhibición y cotejo con los respectivos originales.

Finalmente se informa que no será iniciada ni recepcionada ninguna tramitación nueva que presente copias simples o con documentación que no reúna las condiciones antes aludidas.

A su vez de las actuaciones administrativas que hayan sido ya iniciadas, se irá solicitando la documentación debidamente autenticada.

Sin otro particular, saludo a Uds. atte.

SUBDIRECCION TECNICO CIENTIFICA DE FARMACIAS y BIOQUIMICA
Sergio Massaccesi
Jefe de Depto. Auditoría y Fiscalización Farmacéutica y Bioquímica”.

CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

FUNDADA EL 28 DE SEPTIEMBRE DE 1978
Personería Jurídica N° 3019 – Personería Gremial N° 516

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA SOLICITAR ALTA I.O.M.A.

- ▣ Nota solicitando ALTA, dirigida al Presidente de la Cámara Argentina de Farmacias.
- ▣ Carta designando droguería para la emisión de las Notas de Recuperación, firmada por representantes de la farmacia, sellada y avalada por la droguería seleccionada.
- ▣ Fotocopia del comprobante del C.U.I.T.
- ▣ Fotocopia del comprobante de Ingresos Brutos.
- ▣ Fotocopia del Dispone.

Disposición del Ministerio de Salud actualizado.

- ▣ Sucesión.
- ▣ Compra – Venta.
- ▣ Alta nueva.
- ▣ Cesión de capital comanditado.
- ▣ Donación.
- ▣ Traslado.
- ▣ Cambio de Directora / Director Técnica / o.
- ▣ Habilitación Municipal.
- ▣ Copia del Estatuto de Creación del Sindicato (en caso de farmacias sindicales o gremiales).
- ▣ Contrato de Sociedad en Comandita Simple.

ANTECEDENTES: Ni la farmacia ni la/el Directora/or Técnica/o deberán tener antecedentes sancionatorios, y NO podrán solicitar el ALTA por más de una entidad simultáneamente.

Asimismo, se deja constancia que cuando se trate de un cambio de agrupamiento, deberá adjuntarse indefectiblemente, copia de la nota de renuncia a la entidad a la que la farmacia dejó de pertenecer.

Buenos Aires.....

Al Señor Presidente de la
CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS.

Por la presente, la Farmacia _____

Propiedad de _____

Sita en _____

CP _____ de la localidad de _____

T.E. N° _____ E-MAIL _____

Solicita se gestiones el **ALTA** y/o cambio de agrupación para la prestación de la
Obras Social I.O.M.A., a través de v/ Cámara.

DATOS DEL / LA DIRECTORA / A TECNICO / A:

Nombre(s) y Apellido(s)

Matrícula Nacional N°	Matrícula Prov. N°	Colegiado N°
-----------------------	--------------------	--------------

Propietario/a:

C.U.I.T N°	I.G. N°
------------	---------

CODIGO I.O.M.A:	ENTIDAD ANTERIOR A C.A.F.
-----------------	---------------------------

sello de la Farmacia

firma Director/a Técnico/a

Lugar y fecha _____

**Al Señor Presidente de la
CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS.**

Presente

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted a efectos de solicitarle por intermedio de la presente, se gestiones ante las las autoridades correspondientes que mi/nuestra Farmacia tiene asignada a la droguería que se indica más abajo, para la emisión de las NOTAS DE RECUPERACION de la Obra Social I.O.M.A.

Farmacia:

Domicilio:

Localidad _____

T.E.

E-MAIL

CODIGO I.O.M.A.

DROGUERIA ASIGNADA:

Firma, aclaración y sello Droguería

Firma, aclaración y sello Farmacia

