CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

FORMULARIO PARA ADHESION MEDIN - Medicina Integral

CONDICIÓN DE PAGO: 25 DÍAS HÁBILES DE PRESENTADA LA FACTURACIÓN EN LA OBRA SOCIAL – BONIFICACIÓN: CAPITAL FEDERAL 21% - GRAN BUENOS AIRES 16% - RESTO DEL PAÍS 2%. RECUPERO DE GASTO POR GESTIÓN ADMINISTRATIVA: 1,5% DEL PRECIO DE VENTA AL PÚBLICO.

DENOMINACION DE LA FARMACIA.....SOCIO Nº……

DOMICILIO.....CP.....

LOCALIDAD.....PROVINCIA.....

TELEFONO/FAX.....

CUIT Nº.....CONDICION I.V.A.....

CODIGO DE PAMI.....DROGUERIA ASIGNADA.....

HORARIO DE ATENCIÓN ....
Lunes a Viernes Sabados Domingos

APELLIDO y NOMBRE DEL PROPIETARIO.....

APELLIDO y NOMBRE DE L / LA FARMACEUTICO/A.....

Recibí conforme toda la documentación necesaria para las dispensaciones, y presto mi conformidad a las condiciones de contratación. Además, DEJO EXPRESA CONSTANCIA que en caso de de resolver la suspensión de la atención farmacéutica a la cual he adherido mediante la presente, CORRESPONDERA lo informe a la CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS con 30 días de anticipación.

Lugar y fecha.....

--- ---

Sello de la farmacia firma y aclaración del responsable

AVENIDA RIVADAVIA 1615 – PRIMER PISO – 1033 – CAPITAL FEDERAL
T.E. FAX: 4374-3934/4220 – Página Web: www.caf.com.ar - E-Mail: secrecd@caf.com.ar