CAMARA ARGENTINA DE FARMACIAS

FUNDADA EL 28 DE SEPTIEMBRE DE 1978

Personería Jurídica N° 3019 – Personería Gremial N° 516

FORMULARIO PARA ADHESION RECETARIO SOLIDARIO–PLAN 2

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.....

CANTIDAD APROXIMADA DE CREDITOS A UTILIZAR QUINCENALMENTE……

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**

POR FAVOR RETORNAR ESTE FORMULARIO AL FAX NRO. 4374-3934