



Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Mala Praxis
Responsabilidad Civil Farmacia

Código: FO_009_Anexo 8

Revisión N.º: 00

Página: 1 de 1

		USO INTERNO	
Nº de Socio:		Fecha Recepción	
Farmacia:		Fecha Recep. Sist.	
Razón Social:		Fecha Reg. Sist.	

Solicita:			
ALTA		BAJA	ACTUALIZACION DE DATOS

DATOS DE LA FARMACIA	
Razón Social	
Nombre de Fantasía	
CUIT	
Domicilio	
Localidad y CP	
Responsable Legal	
E-mail	
Cantidad de Sucursales	

Autorizo que los importes abonados por la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba sean descontados de las liquidaciones de pagos correspondientes a la farmacia; comprometiéndome a cubrir, en el caso que se generen, los saldos negativos ocasionados por esta gestión.

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA