



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

**SOLICITUD DE SERVICIOS
Mala Praxis PROFESIONAL**

Código: FO_009_Anexo 9

Revisión N°: 00

Página: 1 de 2

		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				
Nombre y Apellido (Titular farmacia)				
CUIT Farmacia				
Domicilio (Calle- Nº y Barrio)				
Localidad y CP				
Teléfono	Fijo		Móvil	



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

**SOLICITUD DE SERVICIOS
Mala Praxis PROFESIONAL**

Código: FO_009_Anexo 9

Revisión N°: 00

Página: 2 de 2

DATOS DEL PROFESIONAL

Nombre y Apellido del profesional			
Nº de Matrícula Profesional		Universidad	
CUIT/CUIL/DBI/CI (marque con un círculo el correcto)	Nº:		
Fecha de nacimiento			
Domicilio Laboral			
Domicilio particular			
E-mail			

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

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA