

ADHESIÓN OBRAS SOCIALES RED FARMANEXUS

Por favor marque con una cruz la obra social que desea atender

		Uso interno	
	OBRA SOCIAL	Fecha de Solicitud	Fecha de Alta
	Bienestar Salud		
	Farmanager		
	OSCE Ceramistas		
	OSEIV Vidrio		
	OSPM Marítimos		

Por favor completar esta información

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____ Nº _____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

Nº CUIT: _____ Condición IVA: _____

Nº Ingresos Brutos: _____

Nº Teléfono (incluir código de área): _____ E-mail: _____

Horario y Atención:

Lunes a Viernes: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Sábados: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Domingos: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Código de PAMI: _____

Droguería asignada: _____

Nombre del propietario: _____

Nombre del farmacéutico o encargado: _____

Entidad a la cual está asociado: _____

Sello de la Farmacia

Firma Propietario, Aclaración y DNI - Unipersonal / Presidente / Socio Gerente /
Apoderado / Socio Comanditado (Táchese lo que no corresponda)