

## 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		
	UPCN - Diabetes		

*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)