Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS	**SOLICITUD DE SERVICIOS**	**Código :**FO_009 **Revisión Nº:** 03 **Página :** 1 de 2

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

Acreditación Bancaria de las liquidaciones (Adjuntar CBU)		
Titular de la cuenta:	**Nº CUIT**	
Tipo de cuenta:		
Banco:		
Nº de cuenta:		
CBU:		

Comunicaciones Mensajería Móvil	Pagos ◯
Titular de la línea:	Capacitaciones ◯
Nº Móvil: (0_____) 15_____	Ambos ◯

Pago Matricula Profesional (*)		
Nº Matrícula:	Farmacéutico	Farmacia (Nombre de Fantasía)

Pago Jubilación		
Nº Afil. Caja del Arte de Curar	Farmacéutico	Farmacia (Nombre de Fantasía)

Liquidación por mail
Dirección E-mail 1 _____@_____(Oblig.)
Dirección E-mail 2 _____@_____(Opc.)
Dirección E-mail 3 _____@_____(Opc.)
*Solicito que se me informe a esta/s misma/s dirección/es a partir de qué fecha comienza el envío digital de la información desde la cual no tendré más disponible la versión impresa

Recolección RESIDUOS PATOGENOS
Completar Certificado de Destrucción Residuos Patógenos

Cobertura Seguro Mala Praxis	
Póliza Mala Praxis Profesional	
Póliza Responsabilidad Civil	

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.

(*)El beneficio del "Reintegro del importe de su matrícula profesional" se aplica desde que el pago de la misma se canaliza a través de ésta Cámara de Farmacias; teniendo presentaciones activas de PAMI y APROSS

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA