



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS

Código :FO_009

Revisión N°: 07

Página : 1 de 2

USO INTERNO		
Farmacia:	Fecha Recepción	
Razón Social:	Fecha Recep. Sist.	
N° de Socio:	Fecha Reg. Sist.	

DATOS DE LA FARMACIA	
Dirección	
Localidad y Provincia	
Días y Horarios de atención	

MODALIDAD DE PAGO (Marcar la opción elegida)					
Transferencia Bancaria (*)	<input type="checkbox"/>	Echeq/Billetera Virtual	<input type="checkbox"/>	Cesión de Pago	<input type="checkbox"/>
Titular de la cuenta:				N° CUIT	
Tipo de cuenta:					
Banco:					
N° de cuenta:					
CBU:					
En caso de Cesión de Pago completar el nombre de la DROGUERIA:					

(*) Adjuntar CBU

PAGO MATRICULA PROFESIONAL (*1)		
N° Matrícula:	Farmacéutico	Farmacia (Nombre de Fantasía)

PAGO JUBILACIÓN		
N° Afil. Caja del Arte de Curar	Farmacéutico	Farmacia (Nombre de Fantasía)



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS

Código :FO_009

Revisión N°: 07

Página : 2 de 2

RECOLECCIÓN RESIDUOS PATOGENOS / PELIGROSOS

Residuos Peligrosos	
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.

(*1)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 como mínimo 3 (tres) presentaciones activas de PAMI y APROSS

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA