

ALTA / CAMBIO DE DROGUERIA

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Atentamente

Señores _____

De mi mayor consideración:

El/La que suscribe, en nombre de Farmacia _____, sita en

Calle _____ Nº _____ Localidad _____, Provincia de

Córdoba, notifica a **ADMIFARM / FACAF / FARMALINK / MPN** (*tachar lo que no corresponda*) que las notas de

crédito emitidas a mi favor, en relación al Convenio: _____,

sean canalizadas a través de la Droguería _____

Sin otro particular, saludo atentamente.

Firma y Sello Responsable Farmacia

ALTA - Aprobación DROGUERÍA:

Firma y Sello Responsable Droguería

BAJA - Aprobación DROGUERÍA:

Firma y Sello Responsable Droguería