

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

Formulario 4

PLANILLA DE CAMBIO DE DROGUERÍA

La que suscribe Farmacia _____correspondiente a
(colegio)_____, sita en la calle
_____ N° _____ de la localidad de
_____, código PAMI_____, solicita en carácter de
urgente el CAMBIO DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Crédito y
Autorizaciones de Pago, según convenio PAMI.

DROGUERÍA DE ALTA

Código_____Nombre_____

DROGUERÍA DE BAJA

Código_____Nombre_____

Firma y aclaración responsable de la
farmacia

Sello de la Farmacia