

*Instituto Nacional de Servicios Sociales
para Jubilados y Pensionados*

Formulario 5

PLANILLA DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO y ENTIDAD

La que suscribe Farmacia _____, sita en la
calle _____ N° _____ de la localidad
de _____, código PAMI _____, solicita el
CAMBIO DE AGRUPAMIENTO.

AGRUPAMIENTO DE ALTA (Colegio/Cámara)

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

AGRUPAMIENTO DE BAJA (Colegio/Cámara)

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

Firma y sello ALTA

Firma y sello BAJA

ENTIDAD NACIONAL DE ALTA

N°: _____ Nombre: _____

ENTIDAD NACIONAL DE BAJA

N°: _____ Nombre: _____

Firma y sello ALTA

Firma y sello BAJA

Firma y Aclaración
Responsable de la Farmacia

Sello de la Farmacia