



Formulario 5 - PLANILLA DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO y/o ENTIDAD

DATOS:

Nombre de la Farmacia: _____ Código PAMI: _____

Domicilio: _____

Localidad: _____

Barrio: _____ CP: _____

Partido / Departamento: _____

Provincia: _____

AGRUPAMIENTO – ENTIDAD NACIONAL		
	ALTA / ACTUAL	BAJA
Agrupamiento		
Entidad Nacional		

Sello Entidad BAJA

Firma y Aclaración
Responsable de la Entidad BAJA

Sello Entidad ALTA

Firma y Aclaración
Responsable de la Entidad ALTA

Firma y Aclaración
Responsable de la Farmacia

Sello de la Farmacia

Por la presente, se solicita al Agrupamiento de Baja que extienda dentro de los próximos 15 días hábiles una **Constancia de Libre Deuda** para acompañar el presente Formulario ante el PAMI, o su denegatoria por deuda en su defecto.

TRANSCURRIDO DICHO SIN HABERSE EMITIDO LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, SE CONSIDERARÁ ACEPTADA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO DE FORMA AUTOMÁTICA.