

ADHESIÓN OBRAS SOCIALES ADMIFARM

Por favor marque con una cruz la obra social que desea atender

	OBRA SOCIAL	Uso interno	
		Fecha de Solicitud	Fecha de Alta
	DROGUERIA VORS – SERVICIO DE DISPENSA		
	HOSPITAL BRITÁNICO		
	OSCEARA		
	OSFE (Obra Social Ferroviarios)		
	OSFED (Obra social Federación de la Carne)		
	OSIAD		
	OSIM COADYUVANTES		
	O.S.P.A.C.A Iter Medicina (Discapacidad)		
	O.S.Pe.P. (PERSONAL DE PANADERÍAS)		
	OSPPIA (Obra Social de la industria de la alimentación)		
	O.S.P.I.C.A. (PERSONAL DE IND. DEL CUERO Y AFÍNES)		
	O.S.P.L. PERSONAL LADRILLERO		
	OSPIM (Obra Social del Personal de la Industria Molinera)		
	OSPIT (Obra Social de la Industria del Personal Textil)		
	OSPOCE PLANES ESPECIALES Aut. 100%		
	OSPSANIDAD (Obra Social de la Sanidad)		

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

OBRA SOCIAL:

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____ Nº _____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

Nº CUIT: _____ Condición IVA: _____

Nº Ingresos Brutos: _____

Nº Teléfono (incluir código de área): _____ E-mail: _____

Horario y Atención:

Lunes a Viernes: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Sábados: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Domingos: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Código de PAMI: _____

Droguería asignada: _____

Nombre del propietario: _____

Nombre del farmacéutico o encargado: _____

Entidad a la cual está asociado: _____

Sello de la Farmacia

Firma Propietario, Aclaración y DNI - Unipersonal / Presidente / Socio Gerente /
Apoderado / Socio Comanditado (Táchese lo que no corresponda)

Aclaración de Firma Intervención de la Entidad