

## ADHESIÓN OBRAS SOCIALES FACAF

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

	<b>OBRA SOCIAL</b>	USO INTERNO	
		Fecha Solicitud	Fecha de Alta
	ACUERDO GOBIERNO CON y SIN COBERTURA		
	ANDINA ART		
	APROSS ONCOLOGICO		
	ART MUTUAL RURAL		
	ASOCIART ART		
	ASSISTRABEL		
	CARDINAL ASSISTANCE		
	COLONIA SUIZA ART		
	CONVENIO DROGUERÍAS DE ALTO COSTO		
	DASUTEN / Tratamientos especiales		
	EMERGENCIA SA		
	EXPERTA ART		
	GALENO ART		
	IBERO ASISTENCIA		
	JERARQUICO SALUD		
	LA SEGUNDA ART		
	MEDICAR WORK		
	MEDIDORES DE GLUCOSA		
	MEOPP ART		
	MUTUAL FEDERADA		
	OSMTT (OBRA SOCIAL DE MAQUINISTAS DE TEATRO Y TELEVISIÓN)		
	OMINT ART		
	OSEF (OBRA SOCIAL DEL ESTADO FUEGUINO)		
	OSETRA (Obra Social de Empleados del Tabaco de la Rep. Arg)		
	OSFATLYF NACIONAL		
	OSPEJ (Obra Social del Personal de Jaboneros)		
	O.S.P.F.E.S.I.Q.Y.P (O.S. del Personal de La Federación de Sind. de las Ind. Químicas y Petroquímicas)		
	OSPICAL (OS DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO)		
	OSPIL/AMPIL		
	OSPF (O.S. del Personal de Fcia)		
	OSPF Convenio Colectivo (O.S. del Personal de Fcia Convenio Colectivo)		
	OSPIP (OBRA SOCIAL PERSONAL INDUSTRIA DEL PLÁSTICO)		
	OSPPRA		
	OSSACRA (OBRA SOCIAL SINDICATO AMAS DE CASA)		
	OSTV (OBRA SOCIAL TRABAJADORES VIALES)		
	PAMI ONCOLOGICO		
	PAMI PRESIÓN ARTERIAL		
	PARANA ART		
	POLICIA FEDERAL		

	POLICÍA FEDERAL TRATAMIENTO ESPECIAL		
	RECONQUISTA ART		
	REDSOM		
	RESPUESTA MEDICA APROSS		
	RIBERA SALUD		
	SALUD CENTRAL		
	SAN FRANCISCO ART MUTUAL		
	UTEPLIM - Unión de Trabajadores de Empresas Privadas de Limpieza		
	VICTORIA ART		

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Seccional: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

N° CUIT: \_\_\_\_\_ Condición IVA: \_\_\_\_\_

N° Ingresos Brutos: \_\_\_\_\_

T N° 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: \_\_\_\_\_

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

\_\_\_\_\_  
Sello de la Farmacia

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