



## FORMULARIO DE ADHESIÓN

### FARMA KD

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: .....

DOMICILIO: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

TELÉFONO: ..... FAX: .....

E-MAIL: .....

CUIT: ..... CONDICION IVA: .....

CÓDIGO DE PAMI: .....

DROGUERÍA ASIGNADA: .....

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES: .....

SABADOS: .....

DOMINGOS: .....

NOMBRE DEL PROPIETARIO: .....

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO: .....

Lugar y Fecha: .....

GLN : .....

ENTREGA MEDICACION DE HEMOFILIA: SI – NO (EN CASO NEGATIVO EXPLICAR EL MOTIVO)

MOTIVO.....

.....  
Sello de la Farmacia

.....  
Firma Propietario Unipersonal / Presidente /  
Socio Gerente / Socio Comanditado /  
Apoderado (Táchese lo que no corresponda)

.....  
Aclaración de Firma