



Cámara de Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Modalidad de pago de las liquidaciones

Código : FO_009_Anexo 1

Revisión N°: 05

Página : 1 de 1

	USO INTERNO	
Farmacia:	Fecha Recepción	
Razón Social:	Fecha Recep. Sist.	
Nº de Socio:	Fecha Reg. Sist.	

Tipo de modificación	Solicita ALTA		Solicita BAJA	
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

MODALIDAD DE PAGO (Marcar la opción elegida)					
Transferencia Bancaria (*)	<input type="checkbox"/>	Echeq / Billetera Virtual	<input type="checkbox"/>	Cesión de Pago	<input type="checkbox"/>
Titular de la cuenta:					
Nº CUIT:					
Tipo de cuenta:					
Banco:					
Sucursal (Nombre y Nº):					
Nº de cuenta:					
CBU:					
En caso de Cesión de Pago completar el nombre de la DROGUERIA:					

(*) IMPORTANTE: A dicha solicitud deberá adjuntarse comprobante de CBU

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA