

**SOLICITUD DE SERVICIOS**  
**Pago Jubilación**

**Código :** FO\_009\_Anexo 4

**Revisión Nº:** 00

**Página :** 1 de 1

		USO INTERNO	
<b>Farmacia:</b>		Fecha Recepción	
<b>Razón Social:</b>		Fecha Recep. Sist.	
<b>Nº de Socio:</b>		Fecha Reg. Sist.	

<b>Tipo de modificación</b>	Solicita <b>ALTA</b>		Solicita <b>BAJA</b>	
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

Pago Jubilación		
Nº Afil. Caja del Arte de Curar	Farmacéutico	Farmacia (Nombre de Fantasía)

Autorizo que los importes abonados por la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba sean descontados de las liquidaciones de pagos correspondientes a la farmacia; comprometiéndome a cubrir, en el caso que se generen, los saldos negativos ocasionados por esta gestión.

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA