



Cámara de Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Recolección de Residuos Patógenos y Peligrosos

Código: FO_009_Anexo 6

Revisión N°: 04

Página: 1 de 1

USO INTERNO

Farmacia:	Fecha Recepción	
Razón Social:	Fecha Recep. Sist.	
Nº de Socio:	Fecha Reg. Sist.	
CUIT:	Teléfono:	
Mail:		
Horario de atención:		

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

Recolección RESIDUOS PATOGENOS		USO INTERNO	
Completar Certificado de Destrucción Residuos Patógenos (marcar con un X la opción elegida)		Fecha Solicitud	Fecha Alta
Residuos Peligrosos (medicamentos vencidos)			
Residuos Patógenos (agujas, jeringas, apósitos)			

Realizó Certificado Provincial (adjuntar el mismo)	SI		NO	
--	-----------	--	-----------	--

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