



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**

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

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

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)			

<b>Realizó Certificado Provincial</b> (adjuntar el mismo)	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
--	-----------	--	-----------	--

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