

ADHESIÓN OBRAS SOCIALES FARMAS SA

Por favor marque con una cruz la obra social que desea atender

	OBRA SOCIAL	Uso interno	
		Fecha de Solicitud	Fecha de Alta
	ELEVAR (Pasteleros)		
	GERDANA SALUD		
	FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO		
	MEDICUS		
	MEDICUS ANTICONCEPTIVOS (A solicitud OS)		
	MEDICUS ESPECIALES (A solicitud OS)		
	OSJERA (OS del personal Jerárquico de la RA)		
	OSPEVIC		
	OSPIM (Madereros)		
	OSPM (Mosaistas)		
	SWISS MEDICAL LECHEs – POR DISPENSA		
	TEX SALUD		

Por favor completar esta información

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

OBRA SOCIAL:

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____ Nº _____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

Nº CUIT: _____ Condición IVA: _____

Nº Ingresos Brutos: _____

Nº Teléfono (incluir código de área): _____ E-mail: _____

Horario y Atención:

Lunes a Viernes: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Sábados: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Domingos: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Código de PAMI: _____

Droguería asignada: _____

Nombre del propietario: _____

Nombre del farmacéutico o encargado: _____

Entidad a la cual está asociado: _____

Sello de la Farmacia

Firma Propietario, Aclaración y DNI - Unipersonal / Presidente / Socio Gerente /
Apoderado / Socio Comanditado (Táchese lo que no corresponda)