

**FORMULARIO DE ADHESIÓN**

**OSEAM – CONEXIÓN SALUD**

OBRA SOCIAL ENCARGADOS APUNTADORES MARITIMOS

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: .....

DOMICILIO: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

TELÉFONO: ..... FAX: .....

E-MAIL:.....

CUIT: ..... CONDICION IVA: .....

CÓDIGO DE PAMI: .....

DROGUERÍA ASIGNADA: .....

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES: .....

SABADOS: .....

DOMINGOS: .....

NOMBRE DEL PROPIETARIO: .....

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO: .....

Lugar y Fecha: .....

Recibí normas operativas de OSEAM y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....  
Sello de la Farmacia

.....  
Firma Propietario Unipersonal / Presidente /  
Socio Gerente / Socio Comanditado /  
Apoderado (Táchese lo que no corresponda)

.....  
Aclaración de Firma

Intervención de la Entidad