

FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO

## OBRA SOCIAL DE PEONES DE TAXI

**(Completar con letra clara y legible)**

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: .....

DOMICILIO:..... CÓDIGO POSTAL: .....

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

TELÉFONO: ..... FAX: .....

E-MAIL: .....

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

CÓDIGO DE PAMI: .....

DROGUERIA ASIGNADA: .....

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES: .....

SÁBADOS: .....

DOMINGOS: .....

NOMBRE DEL PROPIETARIO: .....

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO: .....

ENTIDAD A LA CUAL ESTÁ ASOCIADO: .....

Lugar y Fecha: .....

Recibí las normas operativas de OSPETAX 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**

