

FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO

OBRA SOCIAL DE ASSPE SALUD

(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 ASPPE SALUD 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

