

FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO

DX MEDICAL**(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 normas operativas de DX MEDICAL y presto 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**