

## 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
	FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO		
	GERDANA SALUD		
	MEDICUS		
	MEDICUS ANTICONCEPTIVOS (A solicitud OS)		
	MEDICUS ESPECIALES (A solicitud OS)		
	OSJERA (OS del persona Jerárquico de la RA)		
	OSPAP (Obra Social del Personal de la Act. Perfumista)		
	OSPIM (Madereros)		
	OSPM (Mosaistas)		
	SWISS MEDICAL LECHES/TIRAS (Preserfar)		
	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)

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma Intervención de la Entidad