

ADHESIÓN OBRAS SOCIALES FACAF

Por favor marque con una cruz la obra social que desea atender

	OBRA SOCIAL	USO INTERNO	
		Fecha Solicitud	Fecha de Alta
	ACUERDO GOBIERNO CON y SIN COBERTURA		
	ANDINA ART		
	APROSS ONCOLOGICO		
	ASOCIART ART		
	ASSISTRAVEL		
	CARDINAL ASSISTANCE		
	COLONIA SUIZA ART		
	CONVENIO DROGUERÍAS DE ALTO COSTO		
	DASUTEN / Tratamientos especiales		
	EMERGENCIA SA		
	EXPERTA ART		
	GAJU SALUD		
	IBERO ASISTENCIA		
	JERARQUICO SALUD		
	LA SEGUNDA ART		
	MEDICAR WORK		
	MEDIDORES DE GLUCOSA		
	MEOPP ART		
	MUTUAL FEDERADA		
	OSMTT (OBRA SOCIAL DE MAQUINISTAS DE TEATRO Y TELEVISIÓN)		
	OMINT ART		
	OSEF (OBRA SOCIAL DEL ESTADO FUEGUINO)		
	OSFATLYF NACIONAL		
	OSPEJ (Obra Social del Personal de Jaboneros)		
	O.S.P.F.E.S.I.Q.Y.P (O.S. del Personal de La Federación de Sind. de las Ind. Químicas y Petroquímicas)		
	OSPICAL (OS DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO)		
	OSPIL/AMPIL		
	OSPF (O.S. del Personal de Fcia)		
	OSPF Convenio Colectivo (O.S. del Personal de Fcia Convenio Colectivo)		
	OSPIP (OBRA SOCIAL PERSONAL INDUSTRIA DEL PLÁSTICO)		
	OSPIV (OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO)		
	OSPPRA		
	OSPRERA AMBULATORIO		
	OSSACRA (OBRA SOCIAL SINDICATO AMAS DE CASA)		
	OSTV (OBRA SOCIAL TRABAJADORES VIALES)		
	PAMI ONCOLOGICO		
	POLICIA FEDERAL		
	POLICÍA FEDERAL TRATAMIENTO ESPECIAL		
	PROFU ART		
	PROVINCIA ART		

QUORE SALUD		
RECONQUISTA ART		
REDSOM		
RESPUESTA MEDICA APROSS		
RIBERA SALUD		
SALUD CENTRAL		
SAN FRANCISCO ART MUTUAL		
UTEPLIM - Unión de Trabajadores de Empresas Privadas de Limpieza		
VICTORIA ART		

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____ N° _____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

N° CUIT: _____ Condición IVA: _____

N° Ingresos Brutos: _____

T N° 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: _____

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

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