

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