ADHESIÓN OBRAS SOCIALES RED FARMANEXUS

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

		Uso interno	
	OBRA SOCIAL	**Fecha de Solicitud**	**Fecha de Alta**
	Bienestar Salud		
	Farmanager		
	OSCE Ceramistas		
	OSEIV Vidrio		
	OSPM Marítimos		
	PENSANDO SALUD		
	UPCN - Diabetes		

Por favor completar esta información

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

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)

_____