ADHESIÓN OBRAS SOCIALES ADMIFARM

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

		Uso interno	
	OBRA SOCIAL	**Fecha de Solicitud**	**Fecha de Alta**
	DROGUERIA VORS – SERVICIO DE DISPENSA		
	FAMILY GROUP		
	HOSPITAL BRITANICO		
	OSCEARA		
	OSDEP PANADERIAS		
	OSFED (Obra social Federación de la Carne)		
	OSIAD		
	OSIM COADYUVANTES		
	OSPIA (Obra Social de la industria de la alimentación)		
	O.S.P.I.C.A. (PERSONAL DE IND. DEL CUERO Y AFÍNES)		
	O.S.P.L. PERSONAL LADRILLERO		
	OSPIM (Obra Social del Personal de la Industria Molinera)		
	OSPIT (Obra Social de la Industria del Personal Textil)		
	OSPOCE INTEGRAL		
	OSP SANIDAD (Obra Social de la Sanidad)		

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)

_____