ADHESIÓN OBRAS SOCIALES FACAF

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

		USO INTERNO	
	OBRA SOCIAL	**Fecha Solicitud**	**Fecha de Alta**
	ACUERDO GOBIERNO CON y SIN COBERTURA		
	ANDINA ART		
	APROSS ONCOLOGICO		
	APS MERCEDES BENZ		
	ART MUTUAL RURAL		
	ASOCIART ART		
	ASSISTRAVEL		
	BERKLEY ART		
	CARDINAL ASSISTANCE		
	COLONIA SUIZA ART		
	CONTIGO SALUD		
	CONVENIO DROGUERÍAS DE ALTO COSTO		
	DASUTEN / Tratamientos especiales		
	DROGUERIA ALTO COSTO (Hemofilia)		
	EXPERTA ART		
	FONDO DE RESERVA (SML CONSULTORES)		
	IBERO ASISTENCIA		
	IPS SALTA		
	JERARQUICO SALUD		
	LA HOLANDO ART		
	LA SEGUNDA ART		
	MEDICAR WORK		
	MEDICENTER		
	MEDIDORES DE GLUCOSA		
	MEOPP ART		
	OMINT ART		
	OSEF (OBRA SOCIAL DEL ESTADO FUEGUINO)		
	OSFATLYF NACIONAL		
	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 Convenio Colectivo (O.S. del Personal de Fcia Convenio Colectivo)		
	OSPIP (OBRA SOCIAL PERSONAL INDUSTRIA DEL PLÁSTICO)		
	OSPPRA		
	OSSACRA (OBRA SOCIAL SINDICATO AMAS DE CASA)		
	OSTEP (OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE E. PRIVADA)		
	OSTV (OBRA SOCIAL TRABAJADORES VIALES)		
	PAMI ONCOLOGICO		
	PAMI PRESIÓN ARTERIAL		

	PAMI SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
	PARANA ART		
	POLICIA FEDERAL		
	POLICÍA FEDERAL TRATAMIENTO ESPECIAL		
	REDSOM		
	L&L SALUD		
	RIBERA SALUD		
	SALUD CENTRAL		
	SAN FRANCISCO ART MUTUAL		
	SERVICIO PENITENCIARIO NACIONAL		
	UTEPLIM - Unión de Trabajadores de Empresas Privadas de Limpieza		
	VICTORIA ART		
	ZONA ART		

Lugar y Fecha: _____, _____ /_____/_____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____Nº_____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

Nº CUIT: _____ Condición IVA: _____

Nº Ingresos Brutos:_____

T 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: _____

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)

_____