# ADHESIÓN OBRAS SOCIALES VILLA MARIA

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

| | | Uso interno | |
|---|---|---|---|
| | **OBRA SOCIAL** | **Fecha de Solicitud** | **Fecha de Alta** |
| | ASPURC | | |
| | OSBA | | |
| | SAN PEDRO | | |

*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