ADHESIÓN OBRAS SOCIALES VARIAS

Marque con una cruz la obra social que desea atender

		USO INTERNO		
X	**OBRA SOCIAL**	**CODIGO**	**FECHA SOLICITUD**	**FECHA ALTA**
	ABOGADOS			
	AMICOS			
	AMPARA SALUD			
	AMSTERDAN			
	AMUR			
	ANDES SALUD			
	APM			
	APROSS Insulinas y Tiras . Nuevo Convenio			
	ART Prevención			
	BOREAL			
	CAJA NOTARIAL			
	CRS			
	GALENO			
	GRUPO ROISA - DOCTORED			
	INSTITUTO DE SEGURO DE JUJUY			
	INSTITUTO MUNICIPAL DE PREV. RIO CUARTO (IMPS)			
	INTEGRAL			
	INTEGRO MAX (Sancor Seguros)			
	INTELIGENT MEDICAL (OSCOEMA OSTV)			
	IOSFA			
	MUTUAL MEDICA			
	NOBIS			
	OMINT AMBULATORIO/DIABETES			
	OMINT DISCAPACIDAD			
	OSADEF			
	OSPIC (OS del Personal de la Industria del Caucho)			
	OSPLYFC (OS del personal de Luz y Fuerza Cba.)			
	RECONQUISTA ART			
	S.E.P. (Sindicato de Empleados Públicos)			
	SADAIC			
	SAT (Sindicato Argentino de Televisión)			
	SIPSSA			
	UENO			
	UNIMED			
	UPCN (Unión Personal Civil de la Nación)			
	VALE SALUD			

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:_____

Teléfonos (característica) – Número: _____Fax:_____

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)

_____