ADHESIÓN OBRAS SOCIALES FARMAS SA

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

		Uso interno	
	OBRA SOCIAL	**Fecha de Solicitud**	**Fecha de Alta**
	ELEVAR (Pasteleros)		
	GERDANA SALUD		
	FONDO COMPENSADOR TELEFÓNICO		
	MEDICUS		
	MEDICUS ANTICONCEPTIVOS (A solicitud OS)		
	MEDICUS ESPECIALES (A solicitud OS)		
	MEDICUS - FUERZAS DE SEGURIDAD		
	OSJERA (OS del personal Jerárquico de la RA)		
	OSPEVIC		
	OSPIM (Madereros)		
	OSPM (Mosaistas)		
	SWISS MEDICAL LECHES – POR DISPENSA		
	TEX SALUD		

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)

_____