

FORMULARIO DE ADHESIÓN

FARMA KD

DENOMINACIÓN DE LA FARM	MACIA:	
DOMICILIO:		CÓDIGO POSTAL:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:
TELÉFONO:		FAX:
E-MAIL:		
CUIT:		CONDICION IVA:
CÓDIGO DE PAMI:		
DROGUERÍA ASIGNADA:		
HORARIO DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES:	
	SABADOS:	
	DOMINGOS:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO	:	
NOMBRE DEL FARMACÉUTIO	CO O ENCARGADO:	
Lugar y Fecha:GLN:		
	· ·	N CASO NEGATIVO EXPLICAR EL MOTIVO)
Sello de la Farmacia		Firma Propietario Unipersonal / Presidente / Socio Gerente / Socio Comanditado /

Apoderado (Táchese lo que no corresponda)

Aclaración de Firma	