## FORMULARIO DE ADHESIÓN IBERO ASISTENCIA S.A.

DENOMINACIÓN DE LA FAR	MACIA:	
DOMICILIO:		CÓDIGO POSTAL:
LOCALIDAD:		PROVINCIA:
TELÉFONO:		FAX:
E-MAIL:		
CUIT:		CONDICION IVA:
CÓDIGO DE PAMI:		
DROGUERÏA ASIGNADA:		
HORARIO DE ATENCIÓN:	LUNES A VIERNES:	
	SABADOS:	
	DOMINGOS:	
NOMBRE DEL PROPIETARIO	D:	
NOMBRE DEL FARMACÉUT	ICO O ENCARGADO:	
ENTIDAD A LA CUAL ESTA A	ASOCIADO:	
Lugar y Fecha:Recibí instructivo general y no condiciones de contratación.		RO ASISTENCIA S.A. y presto mi conformidad a las
Sello de la Farmac	ia	Firma Propietario Unipersonal / Presidente / Socio Gerente / Socio Comanditado / Apoderado (Táchese lo que no corresponda)
		Aclaración de Firma

Intervención de la Entidad