

Sr. Farmacéutico:

Si Ud. posee el Servicio de Recolección de Residuos Patogénicos, que ha contratado este Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, o bien desea hacerlo, le solicitamos completar los siguientes datos:

Nombre y Apellido.....

Matrícula:

Domicilio Profesional:

Teléfono: Nro. de CUIT:

Condición ante el IVA: Inscripto No inscripto Exento Monotributo

Nombre de la Farmacia:.....

Horario atención de Farmacia: Lun a Vie:.....Sab:.....

E-mail:.....

Marque con una X lo que corresponda

BAJA DEL SERVICIO:

- ☐ Por cambio de categoría a voluntario
☐ Por cambio de categoría a hospitalario.
☐ Por renuncia a la matrícula

.....)
servicio, se deberá
rito, con suficiente
anticipación a la fecha en que se pretenda dejar de hacer uso del mismo, teniendo en
cuenta que si la renuncia es recibida en el Colegio Central del 1 al 15 del mes, se
dejará de recibir el servicio a partir del mes siguiente y si es recibida del 16 al 30 del
mes, se deberá abonar hasta el servicio del mes siguiente inclusive.

MANTIENE EL SERVICIO

- ☐ Por cambio de dirección técnica
☐ Por traslado de la farmacia
☐ Otros (motivo:.....)

ALTA DEL SERVICIO

- ☐ Por asumir una Dirección Técnica
☐ Por no contar con servicio de recolección.
☐ Otros (motivo:.....)

Autorizo a descontar el valor del servicio que se me preste de los saldos acreedores que tenga a
percibir del Sistema Unificado/SIFAR

Firma:.....