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:.....

<u>Marque con una X lo que corresponda</u>

BAJA DEL SERVICIO:

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

[redacted]

)

ervicio, 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:.....