

FORMULARIO DE ADHESIÓN

COLONIA SUIZA

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:

FECHA DE PRESENTACIÓN: El día 25 de cada mes o hábil anterior.
FORMA DE PAGO: Presentación mensual, Pago: El último día hábil del mes siguiente al de la fecha de presentación, en forma de nota de crédito y efectivo.
VIGENCIA DE INICIO CONVENIO: 16/12/2002
BONIFICACIÓN:% sobre el precio de venta al público facturado.

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA:

DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELÉFONO: FAX:

E-MAIL:..... CÓDIGO PAMI:

DROGUERÍA SELECCIONADA PARA NOTA DE CRÉDITO:

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES:

SABADOS:

DOMINGOS:

NOMBRE DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO:

ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADO:.....

Lugar y Fecha:

Recibí conforme normas operativas de OSFATLyF y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....
Sello de la Farmacia

.....
Firma Propietario Unipersonal / Presidente /
Socio Gerente / Socio Comanditado /
Apoderado (Táchese lo que no corresponda)

.....
Aclaración de Firma

