FORMULARIO DE ADHESIÓN

COLONIA SUIZA

CONDICIONES DE CONTRATACIÓN:

FECHA DE PRESENTACIÓN: FORMA DE PAGO:	El día 25 de cada mes o hábil anterior. Presentación mensual, Pago: El último día hábil del mes siguiente al de la fecha de presentación, en forma de nota de crédito y efectivo. 16/12/2002
VIGENCIA DE INICIO CONVENIO:	
BONIFICACIÓN:	% sobre el precio de venta al público facturado.
DENOMINACIÓN DE LA FARMAC	IA:
DOMICILIO:	CÓDIGO POSTAL:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:
TELÉFONO:	FAX:
E-MAIL:	CÓDIGO PAMI:
	RA NOTA DE CRÉDITO:
HORARIO DE ATENCIÓN:	INFO A VIEDNEO.
	NES A VIERNES:
	ABADOS:
	DMINGOS:
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO C	DENCARGADO:
ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOC	SIADO:
Lugar y Fecha:	
Recibí conforme normas operat contratación.	tivas de OSFATLyF y presto mi conformidad a las condiciones de
Sello de la Farmacia	Firma Propietario Unipersonal / Presidente / Socio Gerente / Socio Comanditado / Apoderado (Táchese lo que no corresponda)
	Aclaración de Firma

Intervención de la Cámara