

FORMULARIO DE ADHESIÓN

FEDERADA SALUD

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA:

DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELÉFONO: FAX:

E-MAIL:.....

CUIT: CONDICION IVA:

CÓDIGO DE PAMI:

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 normas operativas de FEDERADA SALUD 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

Intervención de la Entidad