

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, y desea actualizar los datos de titularidad consignados en la documentación relacionada, tenga a bien completar el siguiente formulario.

Nombre y Apellido.....

Matrícula:

Nombre de la Farmacia:.....Cod.(S.U):.....

Domicilio Profesional:

Localidad:..... Partido:.....

Teléfono: E-mail:.....

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

CUIT (Farmacia):.....

Condición ante el IVA: Inscripto No inscripto Exento Monotributo

Condición ante Ganancias: Inscripto No inscripto Exento Monotributo

Condición ante Ingresos Brutos: Inscripto No inscripto Exento Monotributo

Firma:.....