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:.....