



Cámara de Farmacias del Centro Argentino

Alvear 874 – Villa Mará – Córdoba – Tel. 0353-4533465 / 4534916 / 4521777
Entre Ríos 541 – Córdoba – Tel. 0351 – 4251581
www.camarafvm.com.ar

DATOS DE LA FARMACIA

FECHA DE INGRESO: / /

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DOMICILIO: _____ BARRIO: _____

LOCALIDAD: _____ DEPARTAMENTO: _____

C. POSTAL: _____ TELEFONO: _____ IVA CONDICION: _____

N° CUIT: _____ N° INGRESOS BRUTOS: _____

GANANCIAS: _____ CODIGO PAMI: _____

TIPO SOCIETARIO: _____ FECHA INICIO ACTIVIDAD: ___/___/___

INTEGRANTES DE LA SOCIEDAD: _____

PAGO DE FACTURACIONES: Optar por cheques o transferencias bancarias.-

CHEQUES A NOMBRE DE: _____

TRANSFERENCIAS A NOMBRE DE: _____

BANCO: _____ DIRECCIÓN: _____

CTA. CTE. N: _____ CAJA DE AHORROS N°: _____

CBU: _____ MAIL: _____

DROGUERIA: _____

DATOS DEL PROPIETARIO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO _____ N°: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ BARRIO: _____

PROFESIÓN: _____

MATRICULA PROFESIONAL N° : _____

JUBILACIÓN, CAJA: _____ N°: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ ESTADO CIVIL: _____



Cámara de Farmacias del Centro Argentino

Alvear 874 – Villa Mará – Córdoba – Tel. 0353-4533465 / 4534916 / 4521777
Entre Ríos 541 – Córdoba – Tel. 0351 – 4251581
www.camarafvm.com.ar

DATOS DEL FARMACEUTICO

APELLIDO Y NOMBRE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TIPO: _____ N° _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ ESTADO CIVIL: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____ BARRIO: _____

LOCALIDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELEFONO: _____

MATRICULA PROFESIONAL: _____ FECHA EGRESADO: _____

N° INSCRIPCIÓN CAJA ARTE DE CURAR: _____