

*Instituto Nacional de Servicios Sociales  
para Jubilados y Pensionados*

Formulario 1

**PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA**

- Alta Nueva                       Cambio de Razón Social                       Cambio de Domicilio
- Cambio de Droguería                       Cambio de Dirección Técnica                       Cambio de Nombre de Fantasía
- Cambio de Agrupamiento y Entidad

**DATOS:**

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_ Código PAMI: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Código CUFE/GLN: \_\_\_\_\_

Razón Social ACTUAL/ALTA: \_\_\_\_\_ CUIT ALTA: \_\_\_\_\_

Tipo de Razón Social: \_\_\_\_\_

Miembros de la Sociedad:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

5. Nombre: \_\_\_\_\_ CUIT: \_\_\_\_\_

Razón Social BAJA: \_\_\_\_\_ CUIT BAJA: \_\_\_\_\_

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_

Director/a Técnica BAJA: \_\_\_\_\_ Matrícula BAJA: \_\_\_\_\_

**Domicilio de la Farmacia**

Calle: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Partido o Departamento: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

**Droguería:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Agrupamiento (Colegio/Cámara):**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Sucursal: \_\_\_\_\_

**Entidad Nacional:**

Código: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Sello Entidad

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Entidad

Sello Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Farmacia