*Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*

Formulario 1

# PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| o Alta Nueva | o Cambio de Razón Social | o Cambio de Domicilio |
| o Cambio de Droguería | o Cambio de Dirección Técnica | o Cambio de Nombre de Fantasía |
|  | o 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: Matricula 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