



## **FORMULARIO GENERAL DE ADHESIÓN DE OBRAS SOCIALES**

**FAVOR DE COMPLETAR Y REMITIRLO A COLEGIO**

### **MUTUAL MEDICA**

M.P. O CODIGO FARMACIA:.....

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA:.....

DOMICILIO: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

TELÉFONO: ..... FAX: .....

E-MAIL:.....

WHATSAPP:.....

CUIT: ..... CONDICION IVA: .....

CÓDIGO PAMI: ..... CODIGO FARMALINK: .....

DROGUERÍA ASIGNADA: ..... Nº DE CUENTA.....

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES: .....

SABADOS: .....

DOMINGOS: .....

NOMBRE DEL PROPIETARIO: .....

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO: .....MATRICULA:.....

ENCARGADO DE OBRAS SOCIALES:.....

ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADO:.....

Lugar y Fecha: .....

.....  
Sello de la Farmacia

.....  
Firma Propietario Unipersonal / Presidente /  
Socio Gerente / Socio Comanditado /  
Apoderado (Táchese lo que no corresponda)

.....  
Aclaración de Firma