



**DATOS PARA SER CUMPLIMENTADOS POR LA FARMACIA**

**Nombre de la Farmacia:** .....

**Razon Social :** .....

**Datos del Representante legal:** .....

**CUIT N° ..... ING.Brutos N° .....**

**Persona Jurídica: tipo legal:** .....  
(Completar en caso de ser sociedades: S.A., S.R.L., S.C.S., MUTUAL, ETC.)

**Domicilio de la Farmacia:** .....

**Teléfono:.....MAIL:.....**

**Código de Farmalink:.....Codigo IMED:.....**

**Datos del Farmaceutico:** .....

**Nombre de la droguería con la que trabaja:** .....

FECHA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma y Aclaración**