

Comp

FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO

FORMULARIO DE ADHESIÓN

JERARQUICOS SALUD

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA:

DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELÉFONO: FAX:

E-MAIL:

CUIT: CONDICION IVA:

CÓDIGO DE PAMI:

DROGUERÍA ASIGNADA:

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES:

SABADOS:

DOMINGOS:

NOMBRE DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO:

ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADO:

Lugar y Fecha:

Recibí instructivo general y normas operativas de IBERO ASISTENCIA S.A. y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....
Sello de la Farmacia

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

.....
Aclaración de Firma

Intervención de la Entidad