

# FORMULARIO DE ADHESION VALESALUD

## RAZON SOCIAL

Domicilio Legal:			
	Localidad:	Cod. Postal:	Provincia:
Telefono:			Fax:

## DATOS DE LA FARMACIA

<b>Nombre Fantasia:</b>			
Domicilio Farmacia:			
	Localidad:	Cod.Postal:	Provincia:
Dirección de E-Mail:			
Representante legal:			
Encargado:			
Sistema de Facturación: _		CUIT:	
Teléfonos:		Fax:	
Dirección Técnica:		Matrícula:	
Droguería Designada:			
Código de PAMI:			

## DATOS DEL TITULAR O INTEGRANTE DE LA FIRMA

Nombre y Apellido	Cargo		
	C.I./L.C/L.E/D.N.I. N°		
Domicilio	Localidad:	Cod. Postal:	Provincia:
Nombre y Apellido	Cargo		
	C.I./L.C/L.E/D.N.I. N°		
Domicilio	Localidad:	Cod. Postal:	Provincia:

## CONDICION FRENTE AL IVA

Cond. IVA:	
Se adjunta copia del formulario de Inscripción IVA - N*	
Ingresos Brutos:	

Recibí las normas operativas de VALESALUD y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

Bs. As. \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004,

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración del Representante Legal de la Farmacia