

## ADHESIÓN OBRAS SOCIALES VARIAS

Por favor marque con una cruz la obra social que desea atender

	OBRA SOCIAL	USO INTERNO		
		Código	Fecha de Solicitud	Fecha de Alta
	ABOGADOS			
	AMPARA SALUD			
	AMSTERDAN			
	AMUR			
	ANDES SALUD			
	APM			
	ART Prevención			
	BOREAL			
	CAJA NOTARIAL			
	CRS			
	GALENO			
	GALENO ART			
	INTELLIGENT MEDICAL (OSCOEMA OSTV)			
	INSTITUTO PROVINCIAL DE JUJUY			
	INSTITUTO PROVINCIAL SALTA			
	INTEGRAL GILSA (Directo – Obligatorio)			
	IOSFA			
	MUTUAL SADAIC			
	NOBIS			
	OMINT			
	OMINT DIABETES			
	OMINT DISCAPACIDAD			
	OSADEF			
	OS FEDECAMARAS			
	OSPIC (OS del Personal de la Industria del Caucho)			
	OSPLYFC (OS del personal de Luz y Fuerza Cba.)			
	OSITAC			
	PROSALUD			
	SANCOR SEGUROS -INTEGRO			
	SAT (Sindicato Argentino de Televisión)			
	S.E.P. (Sindicato de Empleados Públicos)			
	SIPSSA			
	UNIMED			
	VALE SALUD			

*Por favor completar esta información*

<b>Códigos</b>	<b>Número</b>
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Nombre de Fantasía: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_

Seccional: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Nº CUIT: \_\_\_\_\_ Condición IVA: \_\_\_\_\_

Nº Ingresos Brutos: \_\_\_\_\_

Teléfonos (característica) – Número: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Horario y Atención:

Lunes a Viernes: Desde \_\_\_\_\_ hs. Hasta \_\_\_\_\_ hs., y Desde \_\_\_\_\_ hs. Hasta \_\_\_\_\_ hs.

Sábados: Desde \_\_\_\_\_ hs. Hasta \_\_\_\_\_ hs., y Desde \_\_\_\_\_ hs. Hasta \_\_\_\_\_ hs.

Domingos: Desde \_\_\_\_\_ hs. Hasta \_\_\_\_\_ hs., y Desde \_\_\_\_\_ hs. Hasta \_\_\_\_\_ hs.

Código de PAMI: \_\_\_\_\_

Droguería asignada: \_\_\_\_\_

Nombre del propietario: \_\_\_\_\_

Nombre del farmacéutico o encargado: \_\_\_\_\_

Entidad a la cual está asociado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sello de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma Propietario, Aclaración y DNI - Unipersonal / Presidente / Socio  
Gerente / Apoderado / Socio Comanditado (Táchese lo que no  
corresponda)

\_\_\_\_\_  
Aclaración de Firma Intervención de la Entidad