



FORMULARIO DE ADHESION

OBRA SOCIAL: _____

Lugar y Fecha: _____

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

RAZON SOCIAL: _____

MATRICULA: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

DOMICILIO: _____ CODIGO POSTAL: _____

TELEFONO: _____ CEL: _____

E-MAIL: _____

CUIT: _____

DROGUERIA: _____

CODIGO DE FARMALINK: _____

CODIGO DE PAMI: _____

CUF (CB): _____

GLN: _____

Sello de la Farmacia

Firma Propietario Unipersonal / Presidente /
Socio Gerente / Socio Comanditado / Apoderado

Aclaración de Firma