

FORMULARIO DE DATOS DE FARMACIAS.

DATOS FARMACIA				Fecha: //		
CONCEPTO	ALTA:	X	MODIFICACION:	BAJA:		
Nº Interno Institución						
Nombre						
Dirección						
Localidad						
Código Postal						
Provincia						
Teléfono	Cód. Area:		Nº:			
Móvil	Cód. Area:		Nº:			
Dirección E-Mail						
Propietario						
Director Técnico						
Matrícula Profesional						
CUIT						
IVA	RI:	Ex:	CF:	Monotr.:	NI:	RNI:
Ganancias	Inscripto:			No Inscripto:		
Ingresos Brutos						
Código PAMI						
Código Farmalink						
Código GMS						
Código Droguería						
Nombre Droguería						
Observaciones						

DATOS FARMACEUTICO			
Apellido			
Nombre			
Matrícula			
Matrícula Emitida por:			
Tipo y Nº Documento:			
Teléfono	Cód. Area:		Nº:
Móvil	Cód. Area:		Nº:
Dirección E-Mail			