



**DATOS PARA SER CUMPLIMENTADOS POR LA FARMACIA**

**Nombre de la Farmacia:** .....

**Razon Social :**.....

**Datos del Representante legal:** .....

**CUIT N° ..... ING.Brutos N° .....**

**Persona Jurídica: tipo legal:** .....  
(Completar en caso de ser sociedades: S.A., S.R.L., S.C.S., MUTUAL, ETC.)

**Domicilio de la Farmacia:** .....

**Teléfono:.....MAIL:.....**

**Código de Farmalink:.....Codigo IMED:.....**

**Datos del Farmaceutico:** .....

**Nombre de la droguería con la que trabaja:** .....

**FECHA** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Firma y Aclaración**