

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			
	AMSTERDAN			
	AMUR			
	ANDES SALUD			
	APM			
	ART Prevención			
	BOREAL			
	CAJA NOTARIAL			
	CRS			
	GALENO			
	INTELLIGENT MEDICAL (OSCOEMA OSTV)			
	INSTITUTO PROVINCIAL DE JUJUY			
	INTEGRAL GILSA (Directo – Obligatorio)			
	IOSFA			
	MUTUAL SADAIC			
	NOBIS			
	OMINT			
	OMINT DIABETES			
	OMINT DISCAPACIDAD			
	OSADEF			
	OSPLYF/OSLYF CBA			
	PROSALUD			
	SANCOR SEGUROS -INTEGRO			
	SAT (Sindicato Argentino de Televisión)			
	S.E.P. (Sindicato de Empleados Públicos)			
	SIPSSA			

Por favor completar esta información

Códigos	Número
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