

FORMULARIO DE ALTA/CAMBIO DE DROGUERIA

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Atentamente
Sres. FACAF

De mi mayor consideración:

ALTA

La que suscribe Farmacia _____, sita en la calle _____ N° _____ de la localidad de _____, provincia de **CORDOBA**, notifica a la FACAF que las notas de crédito que se emitan a mi favor, en relación al Convenio _____, sean canalizadas a través de la Droguería _____.

CAMBIO

La que suscribe Farmacia _____, sita en la calle _____ N° _____ de la localidad de _____, provincia de **CORDOBA**, notifica a la FACAF que las notas de crédito que se emitan a mi favor, en relación al Convenio _____, sean canalizadas a través de la Droguería _____.

Sin otro particular, saluda a Uds. atentamente.

Firma y Sello Responsable Farmacia

Aprobación DROGUERÍA de alta:

Firma y Sello Responsable Droguería

Aprobación DROGUERÍA de baja:

Firma y Sello Responsable Droguería