

FORMULARIO DE ALTA/CAMBIO DE DROGUERIA para la Obra Social PAMI

Lugar y Fecha: _____, _____ / _____ / _____

Atentamente
Sres. FARMALINK

De mi mayor consideración:

La que suscribe Farmacia. _____, sita en calle _____ N° _____ de la localidad _____ con Código PAMI N° _____ solicita **ALTA/CAMBIO DE DROGUERIA** (tachar lo que no corresponda) para la emisión de las Notas de Recuperación y Autorizaciones de Pago, según lo convenido con fecha 21 de Diciembre de 1992.

➤ **Droguería de Baja:** _____

➤ **Droguería de Alta:** _____

Sin otro particular, y a la espera de una pronta resolución, saludamos a Uds. muy atte.

Firma y Sello Responsable Farmacia

Aprobación DROGUERIA de BAJA:

Aprobación DROGUERIA asignada:

Firma y Sello Responsable Droguería de BAJA
ASIGNADA

Firma y Sello Responsable Droguería de