

## ADHESIÓN CPCE (Consejo Profesional de Ciencias Económicas)

En la ciudad de Córdoba a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, entre Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba, con domicilio en calle Humberto Primo Nº 208 1º Piso, de la ciudad de Córdoba, Provincia de Córdoba, representado en este acto por el Sr. \_\_\_\_\_, en adelante “el oferente” y el Sr \_\_\_\_\_ en su carácter de propietario/socio de la Farmacia denominada \_\_\_\_\_ ubicada en calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_ de la Ciudad / localidad de \_\_\_\_\_ Provincia de Córdoba, en adelante “la farmacia” han resuelto celebrar el presente convenio:

**PRIMERO:** La Farmacia declara conocer, aceptar, y adherir en todas y cada unas de sus partes, a la oferta que presenta el oferente Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba con relación a la **Licitación Pública Nº 01/2012 “Provisión de medicamentos para los beneficiarios de los servicios asistenciales médicos que brinda el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Córdoba a través de su Departamento de Servicios Sociales”** que convoca ese Consejo. Así también se obliga a cumplimentar, en la parte que le corresponda, el Convenio a suscribir entre el oferente y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas de Córdoba, en el supuesto que el primero resultare adjudicatario de la mencionada Licitación.

**SEGUNDO:** A los fines de cumplimentar los requisitos en los Pliegos de la Licitación, la Farmacia declara los siguientes datos solicitados:

Apellido y nombre o denominación del propietario: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad/Inscripción social: \_\_\_\_\_

Matrícula/Habilitación de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Apellido y nombre del Profesional responsable: \_\_\_\_\_

Matrícula Profesional: \_\_\_\_\_

CUIT de la Farmacia: Nº \_\_\_\_\_ Monotributo (si/no) \_\_\_\_\_

Inscripción Ingresos Brutos de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Droguería: \_\_\_\_\_

Previa lectura y ratificación, se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en el lugar y fecha fijados supra.

\_\_\_\_\_  
Sello de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma Propietario, Aclaración y DNI - Unipersonal / Presidente / Socio Gerente / Apoderado / Socio Comanditado (Táchese lo que no corresponda)

**FAVOR DE COMPLETAR, CERTIFICAR por banco, juez de paz o escribano Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO**