

**ADHESIÓN OSPJTAP (O. Social del Personal de Transporte Automotor de Pasajeros de Cba y Afines)**

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: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico – 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

**FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO**