

COBERTURA SEGURO MALA PRAXIS

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Atentamente
Sr. Presidente y/o Gerente
Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba

Me es grato dirigirme a usted en mi carácter de titular de la farmacia _____
_____, Socio N° _____, a los fines de solicitarle tengan a bien realizar el pago de cobertura mala praxis.

ALTA POLIZA MALA PRAXIS PROFESIONAL

Nombre Apellido: _____
Domicilio y Barrio: _____
Ciudad: _____ Teléfono: _____ celular _____
Mail: _____
Universidad: _____ Matricula Profesional N°: _____
CUIT/CUIL/DNI/CI _____ Fecha de nacimiento: _____
Domicilio – Trabajo: _____

RESPONSABILIDAD CIVIL FARMACIA

Razón Social: _____
Nombre de Fantasía: _____
Domicilio Legal: _____
Ciudad: _____ Teléfono _____ Celular _____
Responsable Nombre y Apellido: _____
Mail _____
Cantidad de sucursales: _____

Al mismo tiempo autorizo que los importes abonados sean descontados de las liquidaciones de pagos correspondientes a la farmacia, comprometiéndome a cubrir, en el caso que se generen, los saldos negativos ocasionados por esta gestión.

Firma Profesional

Firma Farmacia

Sello Farmacia