

	USO INTERNO	
Farmacia:	Fecha Recepción	
Razón Social:	Fecha Recep. Sist.	
Nº de Socio:	Fecha Reg. Sist.	

Por la presente, en mi carácter de responsable de la firma, detallo los datos requeridos para la **obtención de una casilla de Email CORPORATIVO**, gratuita y bajo el dominio de La Cámara (mifarmacia@camaracba.org.ar)

La misma tendrá disponible e incluido:

- Webmail a través de la página www.mail.google.com
- Acceso a través de la APP provista por GOOGLE para Android e IOS
- Google Drive (disco virtual) con una capacidad total de 30 GB
- Todos los servicios google - Workspace para empresa

Declaro que utilizaré esta dirección de e-mail para acceder al Módulo de **AUTOGESTIÓN SOCIOS**, de la página web de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba; por lo que también **AUTORIZO** a que se incluya, en el mismo, toda la información disponible referente a la farmacia.

Datos de Validación
Apellido y Nombre del responsable:
Dirección E-mail alternativo _____@_____
Tel móvil (0____) 15_____ (esta información es necesaria para poder validar y/o modificar su contraseña)
Para modificar alguno de estos datos debe presentar un nuevo formulario.

DIRECCION OTORGADA: _____@camaracba.org.ar (**a completar por el Dpto. Sistemas**)

IMPORTANTE: Desde la presentación del presente formulario y a través de la dirección de mail otorgada, podré obtener mis datos de acceso al módulo (usuario y contraseña) y me responsabilizo por las personas que pudieran tener dicha datos.

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA