



Cámara de Farmacias
de la Provincia de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Envío de Liquidaciones por Email

Código : FO_009_Anexo 5

Revisión Nº: 00

Página : 1 de 1

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

Tipo de modificación	Solicita ALTA		Solicita BAJA	
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

Liquidación por mail	
Dirección E-mail 1 _____ @ _____	(Oblig.)
Dirección E-mail 2 _____ @ _____	(Opc.)
Dirección E-mail 3 _____ @ _____	(Opc.)
*Solicito que se me informe a esta/s misma/s dirección/es a partir de qué fecha comienza el envío digital de la información desde la cual no tendré más disponible la versión impresa	

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA