

## CAMBIO DE INSTITUCION

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

De nuestra mayor consideración:

El/La que suscribe \_\_\_\_\_ en representación  
de la Farmacia \_\_\_\_\_  
sita en calle \_\_\_\_\_  
de la localidad de \_\_\_\_\_ perteneciente a  
\_\_\_\_\_ (Nombre de la  
entidad a la que pertenece), solicita CAMBIO DE AGRUPAMIENTO para la presentación de las  
obras sociales.

La misma  **PRESENTA** /  **NO PRESENTA** deuda alguna con \_\_\_\_\_

➤ CONFORMIDAD ENTIDAD QUE SOLICITA BAJA:

\_\_\_\_\_  
Sello y Firma

➤ APROBACION ENTIDAD QUE SOLICITA ALTA:

\_\_\_\_\_  
Sello y Firma

➤ RESPONSABLE DE LA FARMACIA:

\_\_\_\_\_  
Sello y Firma

**Los datos consignados posee el carácter de Declaración Jurada.**

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_