

# Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados

## Formulario 4

### PLANILLA DE CAMBIO DE DROGUERÍA

La que suscribe Farmacia \_\_\_\_\_correspondiente a  
(colegio)\_\_\_\_\_, sita en la calle  
\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ de la localidad de  
\_\_\_\_\_, código PAMI\_\_\_\_\_, solicita en carácter de  
urgente el CAMBIO DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Crédito y  
Autorizaciones de Pago, según convenio PAMI.

#### DROGUERÍA DE ALTA

Código\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_

#### DROGUERÍA DE BAJA

Código\_\_\_\_\_Nombre\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración responsable de la  
farmacia

Sello de la Farmacia