



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

CAMBIO DE AGRUPAMIENTO

Código : FO_011

Revisión N°: 00

Página : 1 de 1

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Atentamente

Sr. Presidente y/o Sr Gerente

Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba

Por la presente, el que suscribe _____

en representación de la Farmacia _____

propiedad de _____

solicita se gestione **CAMBIO DE AGRUPAMIENTO** ante las autoridades de _____

_____ a los fines de que las
prestaciones farmacéuticas que actualmente brindo a esa Obra Social a través de _____
_____, pueda presentarlas por medio

de vuestra Institución.

Código GNL: _____

Código IMED: _____

Código FARMALINK: _____

Código PAMI: _____

Sin otro particular saludo a Ud. muy atte.

Firma Responsable

Sello Farmacia

Aclaración