



Cámara de Farmacias  
de la Provincia  
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

## SOLICITUD DE ADHESIÓN

Código :FO\_006

Revisión Nº: 09

Página : 1 de 4

Córdoba, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Atentamente

Señor Presidente y/o Gerente

Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted, por medio de la presente, a los efectos de solicitar la adhesión de mi oficina de farmacia a vuestra institución.

A tal fin adjunto la siguiente documentación:

	Habilitación del Ministerio de Salud
	Habilitación Municipal
	Constancia de Inscripción AFIP
	Constancia de inscripción DGR
	Contrato Social (en caso de Sociedades)
	Poder de la persona responsable (en caso de Sociedades)
	Cierre de Alineación (ANMAT)
	CBU

USO INTERNO			
SOCIO Nº:		FECHA HABILITACION	CODIGOS
Fecha de recep. legajo completo	___/___/___	PAMI	
Fecha de recep. Dpto. Sistemas	___/___/___	FACAF	
Fecha de alta definitiva	___/___/___	IMED	
		FARMALINK	
		CUF	
		GNL/CUFE	



Cámara de  
Farmacias  
de la Provincia  
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

## SOLICITUD DE ADHESIÓN

Código :FO\_006

Revisión N°: 09

Página : 2 de 4

### INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Razón Social <i>(Denominación que figura en la inscripción en AFIP)</i>	
Nombre de Fantasía	
Nº CUIT	
Nº Ingresos Brutos	
Domicilio (calle y Nº - Barrio)	
Localidad	
Teléfono fijo (incluir características)	
Teléfono Móvil (incluir características)	
Horario de atención	
E-mail autorizado ( <b>Usuario AUTOGESTION</b> )	

#### Tipo de Empresa

Unipersonal	
SRL	
SA	
Mutual	
Soc. de Hecho	

#### Comercio e Industria (Solo para Córdoba Capital)

Unipersonal	
SRL	
SA	
Mutual	
Soc. de Hecho	

	Exento (*)	Resp. Insc.	Resp. No Insc.	Monotributo
<b>AFIP</b>				
<b>Ganancias</b>				
<b>DGR</b>				

(\*) Presentar certificado de exención



Cámara de Farmacias  
de la Provincia  
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

## SOLICITUD DE ADHESIÓN

Código :FO\_006

Revisión Nº: 09

Página : 3 de 4

INFORMACION DE LA PERSONA RESPONSABLE	
Apellido y Nombre	
Tipo y Nº de Documento	
En carácter de Dueño / Administrador / Gerente / Presidente /Otro	
INFORMACION DEL DIRECTOR TECNICO	
Apellido y Nombre	
Tipo y Nº de Documento	
Matrícula Nº	
Nº de Caja del Arte de Curar (Jubilación)	

Aprobada la presente solicitud acepto se me debite de mis liquidaciones la cuota mensual que asciende a pesos ciento cincuenta (\$150), comprometiéndome a abonar los saldos pendientes al día 30 de cada mes.

Adhiero solidariamente a todos los contratos celebrados por esta Institución, con las Obras Sociales, Prepagas y/o Mandatarias para la provisión de medicamentos; comprometiéndome a prestar atención a través de mi farmacia

Solicito que los cheques que correspondan a mi farmacia, por el pago de las prestaciones farmacéuticas y/o cualquier otro concepto sean emitidos a la orden de

Previa deducción de los porcentajes establecidos y de los importes atribuibles a cuota social.

Acreditación Bancaria (*)	
ECHECK	
Cesión de Pago Droguería	
(*) Adjuntar comprobante de CBU	

Farmacias del Interior	
Retiro Documentación	
Envío documentación	



Cámara de  
Farmacias  
de la Provincia  
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

## SOLICITUD DE ADHESIÓN

**Código :**FO\_006

**Revisión Nº:** 09

**Página :** 4 de 4

El socio da su consentimiento para que LA CAMARA en forma previa, al pago de los importes que le correspondiere, retenga los fondos necesarios para mantener al día y cuando correspondiere, el pago de la Matrícula, Jubilación, Afiliación voluntaria al APROSS, cuota social y gastos administrativos.

El socio se compromete a cubrir mensualmente los saldos negativos existentes en su cuenta y a mantener al día su declaración jurada ante el supuesto de modificaciones en datos consignados en la presente Solicitud de Adhesión; sean datos de la farmacia, condición impositiva, datos de la/las personas responsable/s y/o de su dirección técnica, acompañando los comprobantes correspondientes.

Queda notificado y presta expresa conformidad para que LA CAMARA no de curso a Cesión de Crédito alguna que no prevea la previa retención mensual de los importes necesarios para cubrir los saldos negativos de la farmacia por concepto de Matrícula, jubilación, cuota de afiliación APROSS, cuota social y gastos operativos generados por administración y auditorias en el caso que corresponda.

La falta de cumplimiento de las condiciones establecidas precedentemente dará lugar a la aplicación de las sanciones dispuestas en el Estatuto de la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba que declara conocer y aceptar.

FIRMA:

ACLARACION:

TIPO Y Nº DE DOCUMENTO:

SELLO DE LA FARMACIA: