

ADHESIÓN OBRAS SOCIALES VILLA MARIA

Por favor marque con una cruz la obra social que desea atender

| | | Uso interno | |
|--|-------------|--------------------|---------------|
| | OBRA SOCIAL | Fecha de Solicitud | Fecha de Alta |
| | ASPURC | | |
| | BERKLEY ART | | |
| | OSBA | | |
| | SAN PEDRO | | |
| | UPCN | | |

Por favor completar esta información

| Códigos | Número |
|-----------|--------|
| CUF | |
| IMED | |
| FARMALINK | |
| GNL | |

OBRA SOCIAL:

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____ Nº _____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

Nº CUIT: _____ Condición IVA: _____

Nº Ingresos Brutos: _____

Nº Teléfono (incluir código de área): _____ E-mail: _____

Horario y Atención:

Lunes a Viernes: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Sábados: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Domingos: Desde _____ hs. Hasta _____ hs., y Desde _____ hs. Hasta _____ hs.

Código de PAMI: _____

Droguería asignada: _____

Nombre del propietario: _____

Nombre del farmacéutico o encargado: _____

Entidad a la cual está asociado: _____

Sello de la Farmacia

Firma Propietario, Aclaración y DNI - Unipersonal / Presidente / Socio Gerente /
Apoderado / Socio Comanditado (Táchese lo que no corresponda)

Aclaración de Firma Intervención de la Entidad