

ADHESIÓN OBRAS SOCIALES VARIAS

Marque con una cruz la obra social que desea atender

X	OBRA SOCIAL	USO INTERNO		
		CODIGO	FECHA SOLICITUD	FECHA ALTA
	ABOGADOS			
	AMPARA SALUD			
	AMSTERDAN			
	AMUR			
	ANDES SALUD			
	APM			
	ART Prevención			
	BOREAL			
	CAJA NOTARIAL			
	CRS			
	GALENO			
	GALENO ART			
	INSTITUTO DE SEGURO DE JUJUY			
	INSTITUTO MUNICIPAL DE PREV. RIO CUARTO			
	INSTITUTO PROVINCIAL SALTA			
	INTEGRAL GILSA (Directo – Obligatorio)			
	INTELLIGENT MEDICAL (OSCOEMA OSTV)			
	IOSFA			
	MUTUAL MEDICA			
	MUTUAL SADAIC			
	OMINT			
	OMINT DIABETES			
	OMINT DISCAPACIDAD			
	OSADEF			
	OSPIC (OS del Personal de la Industria del Caucho)			
	OSPLYFC (OS del personal de Luz y Fuerza Cba.)			
	PROSALUD			
	S.E.P. (Sindicato de Empleados Públicos)			
	SANO SALUD			
	INTEGRO MAX (Sancor Seguros)			
	SAT (Sindicato Argentino de Televisión)			
	SIPSSA			
	UNIMED			
	VALE SALUD			

Completar esta información

Códigos	Número
CUF	
IMED	
FARMALINK	
GNL	

Lugar y Fecha: _____/_____/_____

Razón Social: _____

Nombre de Fantasía: _____

Calle: _____ Nº _____ Barrio: _____

Seccional: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Código Postal: _____

Nº CUIT: _____ Condición IVA: _____

Nº Ingresos Brutos: _____

Teléfonos (característica) – Número: _____ Fax: _____

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