



DATOS PARA SER CUMPLIMENTADOS POR LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia:

Razon Social :

Datos del Representante legal:

CUIT N° ING.Brutos N°

Persona Jurídica: tipo legal:
(Completar en caso de ser sociedades: S.A., S.R.L., S.C.S., MUTUAL, ETC.)

Domicilio de la Farmacia:

Teléfono:.....MAIL:.....

Código de Farmalink:.....Codigo IMED:.....

Datos del Farmaceutico:

Nombre de la droguería con la que trabaja:

FECHA ____ / ____ / ____

Firma y Aclaración