



25 de mayo 399—tel/fax: 0358-4755200 – Int. 107
e-mail: facturacionf@mutualmedica.org.ar
hbarroso@mutualmedica.org.ar
www.mutualmedica.org.ar

FORMULARIO PARA NUEVO PRESTADOR FARMACEUTICO

Nombre de la Farmacia:

Dir. Técnico y Matricula:

Razón Social:

Domicilio:

Localidad y Provincia:

Tel. o Cel c/cód. de área:

D.N.I. - C.U.I.T. – I.V.A.:

e-mail:

Sello de la Farmacia: