



Cámara de Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Modalidad de pago de las liquidaciones

Código : FO_009_Anexo 1

Revisión Nº: 04

Página : 1 de 1

		USO INTERNO	
Farmacia:		Fecha Recepción	
Razón Social:		Fecha Recep. Sist.	
Nº de Socio:		Fecha Reg. Sist.	

Tipo de modificación	Solicita ALTA		Solicita BAJA	
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

MODALIDAD DE PAGO (Marcar la opción elegida)				
Transferencia Bancaria (*)		Echeq		Cesión de Pago
Titular de la cuenta:				
Nº CUIT:				
Tipo de cuenta:				
Banco:				
Sucursal (Nombre y Nº):				
Nº de cuenta:				
CBU:				
En caso de Cesión de Pago completar el nombre de la DROGUERIA:				

(*) IMPORTANTE: A dicha solicitud deberá adjuntarse comprobante de CBU

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA