



Cámara de Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Pago Matrícula Profesional

Código : FO_009_Anexo 3

Revisión Nº: 01

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	
-----------------------------	----------------------	--	----------------------	--

Pago Matrícula Profesional (*)		
Nº Matrícula:	Farmacéutico	Farmacia (Nombre de Fantasía)

Autorizo que los importes abonados por la Cámara de Farmacias de la Provincia de Córdoba sean descontados de las liquidaciones de pagos correspondientes a la farmacia; comprometiéndome a cubrir, en el caso que se generen, los saldos negativos ocasionados por esta gestión.

(*)El beneficio del "Reintegro del importe de su matrícula profesional" se aplica desde que el pago de la misma se canaliza a través de ésta Cámara de Farmacias; teniendo como mínimo 3 (tres) presentaciones activas de PAMI y APROSS

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA