



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Mala Praxis

Código : FO_009_Anexo 7

Revisión N°: 01

Página : 1 de 2

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

Solicita:			
ALTA		BAJA	ACTUALIZACION DE DATOS

RESPONSABILIDAD CIVIL FARMACIA <i>(marque con un circulo la opción elegida)</i>	SI	NO
--	----	----

DATOS DE LA FARMACIA	
Razón Social	
Nombre de Fantasía	
CUIT	
Domicilio	
Localidad y CP	
Responsable Legal	
E-mail	
Cantidad de Sucursales	



Cámara de Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

SOLICITUD DE SERVICIOS
Mala Praxis

Código : FO_009_Anexo 7

Revisión Nº: 01

Página : 2 de 2

POLIZA MALA PRAXIS (marque con un círculo la opción elegida)		SI	NO
DATOS DE LA FARMACIA			
Nombre y Apellido (Titular farmacia)			
CUIT Farmacia			
Domicilio (Calle- Nº y Barrio)			
Localidad y CP			
Teléfono	Fijo		Móvil
DATOS DEL PROFESIONAL			
Nombre y Apellido del profesional			
Nº de Matrícula Profesional		Universidad	
CUIT/CUIL/DBI/CI (marque con un círculo el correcto)	Nº:		
Fecha de nacimiento			
Domicilio Laboral			
Domicilio particular			
E-mail			

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.

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

FIRMA DEL DIRECTOR TECNICO

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA