



Cámara de
Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Código :FO_059

Revisión N°:04

Página : 1 de 1

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

Por la presente, en mi carácter de responsable de la firma, actualizo los siguientes datos de mi farmacia:

NOMBRE DE FANTASÍA	
Nombre de Fantasía anterior	
Nombre de Fantasía NUEVO	

DIRECCIONES DE E-MAIL	
E-mail 1 (Autorizado para usuario AUTOGESTION)	
E-mail 2 (Alternativo para comprobante de presentación)	
E-mail 3 (Alternativo para comprobante de presentación)	

TELÉFONO	
Número de Teléfono Fijo	
Número de Móvil	

NOMBRE RAZÓN SOCIAL	
Nombre Razón Social Anterior	
Nombre Razón Social NUEVO	



Cámara de Farmacias
de la Provincia
de Córdoba

TRABAJANDO JUNTOS, PROGRESAMOS TODOS

ACTUALIZACIÓN DE DATOS

Código :FO_059

Revisión N°:04

Página : 2 de 1

DIRECCIÓN FARMACIA (Adjuntar Dispone)

Calle y Número

Barrio

Localidad

DIRECTOR TÉCNICO (Adjuntar Dispone)

Nombre y Apellido

Número de Matrícula

METODO DE PAGO DE MIS LIQUIDACIONES

Acreditación Bancaria (*)

ECHECK

Cesión de pago a droguería

(*) Adjuntar comprobante de CBU

Farmacias del Interior

Retiro de Documentación

Envío de documentación

IMPORTANTE: Los datos detallados en este formulario anulan los detallados en la solicitud de adhesión.
Me responsabilizo por las personas que pudieran tener dicha datos.

FIRMA DEL TITULAR/RESPONSABLE DE LA FARMACIA

ACLARACIÓN

SELLO DE LA FARMACIA