

CAMBIO DE DROGUERIA FARMALINK

Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Atentamente
Sres. Farmalink

De mi mayor consideración:

El/La que suscribe, en nombre de Farmacia _____, sita en
calle _____ N° _____ localidad _____, Provincia de
CORDOBA, notifica a FARMALINK que las notas de crédito emitidas a mi favor, en relación al Convenio
_____, sean canalizadas a través de la
Droguería _____

Sin otro particular, saludo atentamente.

Firma y Sello Responsable Farmacia

Aprobación DROGUERÍA de alta:

Firma y Sello Responsable Droguería

Aprobación DROGUERÍA de baja:

Firma y Sello Responsable Droguería