

Fecha:/...../.....

Nota para CAMBIO DE AGRUPAMIENTO

De mi mayor consideración:

Quien suscribe ,

.....con DNI.....

siendo Apoderado / dueño / propietario (tachar lo que no corresponde)
de la farmacia

con Razón social

y CUIT.....sita en.....

....., de la provincia de Córdoba ,

se dirige a Usted con el objeto de manifestar nuestra decisión de

CAMBIAR DE AGRUPAMIENTO para la presentación de la obra

social.....

que atenderemos a través de.....

Saludamos cordialmente.

Firma:

Aclaración:

DNI:

Sello Farmacia: