

FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO

# OBRA SOCIAL DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

(Completar con letra clara y legible)

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: .....

DOMICILIO:..... CÓDIGO POSTAL: .....

LOCALIDAD:..... PROVINCIA: .....

TELÉFONO: ..... FAX: .....

E-MAIL: .....

CUIT: ..... CONDICION IVA: .....

CÓDIGO DE PAMI: .....

DROGUERIA ASIGNADA: .....

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES: .....

SÁBADOS: .....

DOMINGOS: .....

NOMBRE DEL PROPIETARIO: .....

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO: .....

ENTIDAD A LA CUAL ESTÁ ASOCIADO: .....

Lugar y Fecha: .....

Recibí instructivo general y normas operativas de OSSPF y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....

Sello de la Farmacia

.....

Firma Propietario Unipersonal /  
Presidente / Socio Gerente / Socio  
Comanditado / Apoderado  
(Táchese lo que no corresponda)

.....

Aclaración de firma

Intervención de la Entidad

