*FAVOR DE COMPLETAR EL SIGUIENTE FORMULARIO Y REMITIRLO A NUESTRO DOMICILIO*

FORMULARIO DE ADHESIÓN

**NIVEAU MEDIZIN**

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: ................................................................................................

DOMICILIO: ....................................................................................... CÓDIGO POSTAL: .................

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

TELÉFONO: ................................................................. FAX: ......................................................

E-MAIL:…………………………………………………………………………………….

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

CÓDIGO DE PAMI: ……………………………………………

DROGUERIA DESIGNADA: ………………………………………………………………………………….

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES: ....................................................................

SABADOS: ....................................................................

DOMINGOS: ....................................................................

NOMBRE DEL PROPIETARIO: ...........................................................................................................

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO: ...........................................................................

ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADO:…………………………………………………………………..

Lugar y Fecha: ...........................................................................................................

Recibí normas operativas de NIVEAU MEDIZIN 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