

ADHESIÓN A MEDIFÉ

NOMBRE DE LA FARMACIA.....

DOMICILIO.....

LOCALIDAD..... TELEFONO.....

CUIT..... E-mail:

CÓDIGO (Colegio)..... CÓDIGO (PAMI).....

NOMBRE DE LA DROGUERÍA DESIGNADA.....

CÓDIGO DE LA DROGUERÍA.....

.....
SELLO DE LA FARMACIA Y FIRMA DEL RESPONSABLE