

SCIS – Medicina Privada

Nombre de Farmacia:

Razón Social:

Localidad: Dirección:

Teléfono: Fax: Mail:

Horario de Atención:

C.U.I.T: Ingresos Brutos N°:

Cheque a la orden de:

Droguería asignada para N. C. del 7%: