

ALTA VALE SALUD

COMPLETAR ESTE FORMULARIO CON LETRA CLARA Y EN IMPRENTA.

Código de PAMI:

Nombre de farmacia:.....

Dirección:.....

Localidad:..... CP:.....

Teléfono:..... Fax:.....

CUIT:.....

E-Mail:.....

Droguería asignada:.....

Retira en: (Indicar con una X)

Cerrito 466 4º Piso Oficina 41 - Capital	
Beruti 281 1º Piso - Avellaneda	
Uruguay 1220 1º Piso Depto. 3 - Capital	
Otra Entidad o Agrupación):.....	