



## FORMULARIO DE

ALTA	BAJA	MODIFICACION	
		Datos	Droguería

(Marcar con X)

### AL PADRON DE COFA PARA LA ATENCION DE OBRAS SOCIALES (Excepto PAMI)

FECHA    /    /    \_\_\_\_\_

NOMBRE FARMACIA \_\_\_\_\_

RAZON SOCIAL \_\_\_\_\_

DOMICILIO: Calle \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_

Localidad \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

CUIT \_\_\_\_\_

Condición IVA \_\_\_\_\_

Código PAMI \_\_\_\_\_

Código Interno del Colegio \_\_\_\_\_

Droguería única Asignada p/Notas de Crédito \_\_\_\_\_

Cód. Droguería \_\_\_\_\_

Nombre de Farmacéutico/a Director/a Técnico/a \_\_\_\_\_

N° de Matrícula Profesional \_\_\_\_\_

N° de Matrícula Nacional \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE LA FARMACIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y ACLARACION  
FARMACEUTICO/A

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO COLEGIO

Nota: El Colegio declara poseer la documentación respaldatoria de los datos consignados