

OSFATLyF - OSFE - OSMATA - R. SOLIDARIO II

Formulario de Adhesión

Completar este con letra clara y de imprenta

Código Colegio: Código PAMI:

Nombre de Farmacia:

Dirección:

Localidad: CP:

Teléfono: CUIT:

E-mail:

Droguería asignada:

Firma y sello de Fcia