

Formulario 4

PLANILLA DE CAMBIO DE DROGUERÍA

La que suscribe Farmacia _____ correspondiente
a (colegio) _____, sita en la calle
_____ N° _____ de la localidad de
_____, código PAMI _____, solicita en
carácter de urgente el CAMBIO DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Crédito,
en el convenio **PAMI DE DISPENSA DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS,
CLOZAPINAS Y DIABETES**

DROGUERÍA DE ALTA Código _____

Nombre _____

DROGUERÍA DE BAJA Código _____

Nombre _____

Firma y aclaración responsable de la
farmacia

Sello de la Farmacia