

*Instituto Nacional de Servicios Sociales  
para Jubilados y Pensionados*

Formulario 5

**PLANILLA DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO**

La que suscribe Farmacia \_\_\_\_\_, sita en la calle \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_, código PAMI \_\_\_\_\_, solicita el CAMBIO DE AGRUPAMIENTO.

**AGRUPAMIENTO DE ALTA (Colegio/Cámara)**

Código:            Nombre:

**AGRUPAMIENTO DE BAJA (Colegio/Cámara)**

Código:            Nombre:

Firma y sello ALTA

Firma y sello BAJA

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Farmacia

Sello de la Farmacia

---

Por la presente se solicita al Agrupamiento de Baja que extienda en el plazo de 72 horas hábiles una **Constancia de Libre Deuda** para acompañar el presente Formulario ante el PAMI, o su denegatoria por deuda en su defecto.

Sello

\_\_\_\_\_  
Firma y Aclaración  
Responsable de la Entidad de Baja

TRANSCURRIDAS 72 HORAS HÁBILES DE PRESENTADO ESTE FORMULARIO SIN HABERSE EMITIDO LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, SE CONSIDERARÁ ACEPTADA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO DE FORMA AUTOMÁTICA.