

*Instituto Nacional de Servicios Sociales
para Jubilados y Pensionados*

Formulario 1

PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA

- Alta Nueva Cambio de Razón Social Cambio de Domicilio
- Cambio de Droguería Cambio de Dirección Técnica Cambio de Nombre de Fantasía
- Cambio de Agrupamiento

DATOS:

Nombre de la Farmacia: _____ Código PAMI: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Código CUFE/GLN: _____

Razón Social ACTUAL/ALTA: _____ CUIT ALTA: _____

Tipo de Razón Social: _____

Miembros de la Sociedad:

1. Nombre: _____ CUIT: _____

2. Nombre: _____ CUIT: _____

3. Nombre: _____ CUIT: _____

4. Nombre: _____ CUIT: _____

5. Nombre: _____ CUIT: _____

Razón Social BAJA: _____ CUIT BAJA: _____

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA: _____ Matrícula: _____

Director/a Técnica BAJA: _____ Matrícula BAJA: _____

Domicilio de la Farmacia

Calle: _____ N°: _____

Localidad: _____ CP _____

Partido o Departamento: _____ Provincia: _____

Teléfono celular de la Fcia: _____

(Indispensable para la *videollamada de auditoría*)

Droguería:

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

Agrupamiento:

Código: _____ Nombre: _____

Sello Entidad

Firma y Aclaración
Responsable de la Entidad

Sello Farmacia

Firma y Aclaración
Responsable de la Farmacia