



**CONTRATO DE PRESTACION FARMACEUTICA CON DISPENSACION DE
MEDICAMENTOS
ANEXO I**

(Por favor completar con letra clara)

Nombre Fantasía:	
Razón Social:	
N° Código Farmalink:	
Propietario/Apoderado:	
DNI N°:	
Director Técnico:	
Matrícula N°:	
Dirección: (Calle-Localidad- Cod.Postal-Pcia)	
Teléfono: (Incluir prefijo)	
Fax:	
Mail:	
Dias/Horarios de atención:	
C.U.I.T:	
Ingresos Brutos:	
Agrupación:	
Cód.Agrupación:	
Droguería asignada p/NC: (Cód./Nombre)	
GLN/CUFE N°:	
Bonificación:	
Datos Bancarios p/pagos:	Se adjunta formulario DATANET

Por el presente acepto la atención de OSDIPP

Firma/sello/aclaración Responsable Farmacia: