

**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 \_\_\_\_\_

Sello de la Farmacia

Sello de la Droguería de alta

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración responsable de la  
farmacia

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración responsable de la  
Droguería de alta