

# IOSFA

Formulario de Adhesión Completar este con letra clara y de imprenta

* Código PAMI	
* Código CUF	
Código CUFE/GLN	
Nombre Farmacia	
Domicilio Calle	
Domicilio N°	
Localidad	
Partido/Departamento	
Cód. Postal	
Provincia	
Teléfono	
Correo Electrónico	
Razón Social	
CUIT	
Director Técnico	
Matrícula D.T.	
Bonificación	
Horario de Atención	
Atención 24 Hs.	SI/NO
<b>*En caso de que la farmacia no contara con alguno de los códigos, desde COFA se le asignará uno.</b>	

---

Firma y sello de Fcia