



**Formulario 5 - PLANILLA DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO y/o ENTIDAD**

**DATOS:**

**Nombre de la Farmacia:** \_\_\_\_\_ **Código PAMI:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Localidad:** \_\_\_\_\_

**Barrio:** \_\_\_\_\_ **CP:** \_\_\_\_\_

**Partido / Departamento:** \_\_\_\_\_

**Provincia:** \_\_\_\_\_

AGRUPAMIENTO – ENTIDAD NACIONAL		
	ALTA / ACTUAL	BAJA
Agrupamiento		
Entidad Nacional		

Sello Entidad BAJA

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

Sello Entidad ALTA

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

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

Sello de la Farmacia

Por la presente, se solicita al Agrupamiento de Baja que extienda dentro de los próximos 15 días hábiles una **Constancia de Libre Deuda** para acompañar el presente Formulario ante el PAMI, o su denegatoria por deuda en su defecto.

TRANSCURRIDO DICHO SIN HABERSE EMITIDO LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA, SE CONSIDERARÁ ACEPTADA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE AGRUPAMIENTO DE FORMA AUTOMÁTICA.