

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