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 y Autorizaciones de Pago, según convenio PAMI.

DROGUERÍA DE ALTA Código \_\_\_\_\_\_\_ Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DROGUERÍA DE BAJA Código \_\_\_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sello de la Farmacia

Sello de la Farmacia

Firma y aclaración responsable de la farmacia

Sello de la Farmacia