

Formulario de Adhesion

Favor de completar el siguiente formulario y remitirlo a nuestras casillas de mail

Obra Social: O.S.P.S.I.P

Condiciones de Adhesion:

Forma de pago: Presentacion mensual , pago a 30 dias de presentada la liquidacion. Por cuenta de AUDIFARM SALUD S.A

Vigencia de convenio:

Razon Social:

Nombre de Farmacia:

Cuit:

Localidad **Provincia:**

Telefono: **Mail:**

Direccion: **Codigo Postal:**

Acuerdo Bonificacion de XX %

Drogueria:

Banco: **Titular de Cuenta:**

Tipo de Cuenta : **Numero de Cuenta:**

CBU:

Horario de Atencion:

Lunes a Viernes:

Sabados

Domingos

Nombre del Propietario :

Nombre del Farmaceutico: o Encargado:

Pagos a cuenta y orden de:

Lugar y Fecha:

Ricibi conforme instructivo general de atencion, y normas operativas de OSPSIP y presto mi conformidad a las condiciones de contratacion.

.....
Sello de Farmacia

.....
**Firma Propietario Unipersonal / Presidente
Socio Gerente / Socio Comanditado /**

Apoderado (Tachese lo que no corresponde)

.....
Aclaracion de Firma

