



Bahía Blanca, 8 de Noviembre 2018

SOEME

Por medio del presente les informamos que se ha firmado un nuevo convenio de Asistencia en Medicamentos para la atención de los beneficiarios de SOEME (Coseguro de IOMA)

Por tal motivo detallamos las Condiciones Generales
Ver Normas de Atención SOEME

- **Presentación:** Mensual
- **Lugar de Presentación:** FACAF
- **Fecha de Presentación:** Con las del Grupo 7
- **Condición de Pago:** A 30 días de presentada la liquidación en la Entidad.

- **Vigencia:** A partir de la fecha.
- **Ámbito de Cobertura:** CABA y Toda la Provincia de Bs. As.

Teniendo en cuenta que todas las recetas atendidas deben ser validadas, solicitamos llamen a nuestra Entidad para informar usuario y contraseña. Las farmacias que no prestaban servicios y desean hacerlo, deberán completar y enviarnos los datos en el formulario de Adhesión que adjuntamos.

FORMULARIO DE ADHESIÓN

SOEME

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA:

DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELÉFONO: FAX:

E-MAIL:.....

CUIT: CONDICION IVA:

CÓDIGO DE PAMI:

HORARIO DE ATENCIÓN:

LUNES A VIERNES:

SABADOS:

DOMINGOS:

NOMBRE DEL PROPIETARIO:

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO:

ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADO:.....

Lugar y Fecha:

Recibí normas operativas de SOEME y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....

Sello de la Farmacia

.....

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

Apoderado (Táchese lo que no corresponda)

.....

Aclaración de Firma

Intervención de la Entidad

