

## FORMULARIO DE ADHESIÓN

### JERARQUICOS SALUD

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: .....

DOMICILIO: ..... CÓDIGO POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....

TELÉFONO: ..... FAX: .....

E-MAIL:.....

CUIT: ..... CONDICION IVA: .....

CÓDIGO DE PAMI: .....

DROGUERÍA ASIGNADA: .....

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 instructivo general y normas operativas de All Medicine S.A. 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