

NUEVO FORMULARIO PARA SOLICITAR CAMBIO DE DROGUERÍA
CONVENIO PAMI

Fecha:/...../.....

Señores
COFA-Convenio PAMI
Presente

De nuestra mayor consideración:
La que suscribe Farmacia....., correspondiente al Colegio
Farmacéutico de....., sita en la calle.....,
Código PAMI....., solicita en carácter de urgente CAMBIO DE
DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Recuperación, según Convenio
vigente.

DROGUERÍA DE BAJA (código Nro.....)

DROGUERÍA DE ALTA (código Nro.....)

.....
Firma y aclaración
Responsable Farmacia

Sello Farmacia

CONFORMIDAD DROGUERÍA DADA DE BAJA:
.....
.....
.....

Sello Droguería de Baja

APROBACIÓN DROGUERÍA NUEVA ASIGNADA:
.....
.....

Sello Droguería de Alta

CERTIFICACIÓN COLEGIO FARMACÉUTICO:
.....
.....