

**FORMULARIO DE ADHESIÓN**  
**O.S.P.F. (Personal de Farmacia)**

Denominación de la Farmacia: .....

Domicilio: ..... Código Postal: .....

Localidad: ..... Provincia: .....

Teléfono: ..... Fax: .....

E-mail: .....

CUIT: ..... Condición IVA: .....

Código de PAMI: ..... Droguería Asignada: .....

Lugar y fecha: .....

.....  
Sello de la Farmacia

.....  
Firma Propietario Unipersonal / Presidente /  
Socio Gerente / Socio Comanditado / Apoderado  
(táchese lo que no corresponda)

Aclaración de Firma: .....