

**PLANILLA PARA CAMBIO DE DROGUERÍA CONVENIO PAMI**

**A completar por la farmacia (2 hojas)**

**Hoja 1 - CONSTANCIA DE COMUNICACIÓN DE LA DROGUERÍA DE ALTA**

---

Fecha: \_\_\_\_\_

La que suscribe Farmacia \_\_\_\_\_ correspondiente a  
(colegio/círculo/cámara) \_\_\_\_\_, sita en la calle \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_, código PAMI \_\_\_\_\_, solicita en carácter  
de urgente el CAMBIO DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Recuperación y  
Autorizaciones de Pago, según convenio PAMI - INDUSTRIA (TO 2017).

DROGUERÍA DE ALTA Código \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

DROGUERÍA DE BAJA Código \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y aclaración responsable de la  
farmacia

Sello de la Farmacia

\_\_\_\_\_  
Conformidad Droguería de ALTA

Sello Droguería de ALTA

**PLANILLA PARA CAMBIO DE DROGUERÍA CONVENIO PAMI**

**Hoja 2: CONSTANCIA DE COMUNICACIÓN A LA DROGUERÍA DE BAJA**

QUEDAMOS NOTIFICADOS QUE, TRANSCURRIDAS 72 HS HÁBILES DE PRESENTADO ESTE FORMULARIO SIN HABERNOS EXPEDIDO SOBRE EL MISMO, SE CONSIDERARÁ ACEPTADA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE DROGUERÍA EN FORMA AUTOMÁTICA.

**CONFORMIDAD DROGUERÍA DE BAJA (CONVENIO PAMI)**

Nombre Farmacia \_\_\_\_\_ Cod. PAMI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de Conformidad de Droguería de Baja

Sello Droguería

Corte Aquí .....

TALÓN PARA LA FARMACIA

**CONSTANCIA DE RECEPCIÓN DE LA DROGUERÍA**

Nombre Farmacia \_\_\_\_\_ Cod. PAMI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de recepción

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Recepción Droguería

**TRANSCURRIDAS 72 HORAS HÁBILES DE PRESENTADO ESTE FORMULARIO SIN HABERNOS EXPEDIDO SOBRE EL MISMO, SE CONSIDERARÁ ACEPTADA LA SOLICITUD DE CAMBIO DE DROGUERÍA EN FORMA AUTOMÁTICA.**

