



FORMULARIO DE ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES DE FARMACIAS A TRAVES DE COLEGIOS O CAMARAS FARMACÉUTICAS

ABM

- Alta
Baja
Modif. Droguería
Modif. Domicilio
Otras Modifs.

COLEGIO:

Código Farmalink del Colegio:

DATOS DE LA FARMACIA

Fecha de vigencia de alta: / /

Nombre de Fantasía:

Código de Farmalink:

Razón Social:

Domicilio:

Localidad:

C.P:

Provincia:

Teléfonos:

Fax:

Horario de atención:

E-mail:

Numero de CUIT:

Nº Ingresos Brutos:

Condición de IVA:

Droguería para recibir la nota de crédito:

Firma del responsable

Sello de la Farmacia:

Aclaración: