

FORMULARIO DE ALTAS, BAJAS Y MODIFICACIONES DE FARMACIAS

A TRAVES DE COLEGIOS O CAMARAS FARMCÉUTICAS

**ABM**

Alta .........................

Baja .........................

Modif. Droguería

Modif. Domicilio ....

Otras Modifs. ..........       

AGRUPACION : COLEGIO FARMACEUTICO DE LA PCIA DEL NEUQUEN

Código Farmalink del Colegio: **9663**

Código Farmalink Anterior:

**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: N° Ingresos Brutos:

Condición de IVA**:**

Droguería para recibir la nota de crédito**:**

Bonificación:  **0 %** Planes :**TODOS**

Firma del responsable........................................................... Sello de la Farmacia:

Aclaración:

Por el presente acepto la atención de SWISS **Firma/sello/aclaración Responsable Farmacia**: