

**FORMULARIO DE ADHESIÓN**

**OSFATUN**

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA: .....  
DOMICILIO: ..... CÓDIGO POSTAL: .....  
LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: .....  
TELÉFONO: ..... FAX: .....  
E-MAIL:.....  
CUIT: ..... CONDICION IVA: .....  
CÓDIGO DE PAMI: .....

HORARIO DE ATENCIÓN:  
LUNES A VIERNES: .....  
SABADOS: .....  
DOMINGOS: .....

NOMBRE DEL PROPIETARIO: .....  
NOMBRE DEL FARMACÉUTICO O ENCARGADO: .....  
ENTIDAD A LA CUAL ESTA ASOCIADO:.....

Lugar y Fecha: .....  
Recibí normas operativas de OSFATUN y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....  
Sello de la Farmacia

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

.....  
Aclaración de Firma

Intervención de la Entidad