

FORMULARIO DE ADHESIÓN

OSEP OYTE

(Completar con letra clara y legible)

DENOMINACIÓN DE LA FARMACIA:

DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:

LOCALIDAD: PROVINCIA:

TELÉFONO:

E-MAIL:

CUIT: CONDICION IVA:

CÓDIGO DE PAMI:

CÓDIGO GNL:

Lugar y Fecha:

Recibí instructivo general y normas operativas de **OSEP OYTE** y presto mi conformidad a las condiciones de contratación.

.....
Sello de la Farmacia

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

.....
Aclaración de Firma