



AUTORIZACIÓN de las FARMACIAS para DEBITAR de las LIQUIDACIONES de OBRA SOCIALES

El que suscribe.....
con carácter de único propietario – presidente – socio gerente – representante legal
– apoderado – socio comanditado (tachar lo que no corresponda), de **Farmacia**
.....propiedad de (aclarar la condición
societaria).....**AUT**
ORIZO/ZAMOS, a la **Cámara de Farmacias de Mendoza** a **DESCONTAR** de
las liquidaciones de obras sociales y/o fondos a mi/nuestra disposición, el monto
correspondiente al siguiente
concepto:.....-

MENDOZA, _____/_____/2.0 .-

SELLO DE LA FARMACIA

FIRMA Y ACLARACIÓN
(Colocar Sello e Invocar
Carácter del Firmante)