

ANEXO 1

DENOMINACION DE LA FARMACIA:
NOMBRE DE LA RAZON SOCIAL:
DOMICILIO:
LOCALIDAD: CP: PROVINCIA:
TELEFONO: FAX:
E-MAIL 1: E-MAIL 2:

HORARIO DE ATENCION :

Lunes a Viernes: de a y de a

Sábado: de a y de a

Domingo: de a y de a

Nro. de Turno: (solo farmacias de Ciudad Autónoma de Buenos Aires)

NOMBRE DEL PROPIETARIO DE LA FARMACIA:

NOMBRE DEL FARMACEUTICO O ENCARGADO:

C.U.I.T.: I.V.A.: INGRESOS BRUTOS:

BANCO CON EL QUE OPERAN:

TIPO Y N° DE CUENTA: N° CBU:

DESDE CUANDO OPERAN.:

EMPRESA PROVEEDORA DE SOFTWARE:

DOMICILIO: LOCALIDAD:

C.P.: PROVINCIA: TEL./FAX:

E-MAIL: CONTACTO:

DROGUERIA PARA NOTA DE RECUPERACION DE DESCUENTOS:
SUCURSAL:
CODIGO DE CLIENTE:
CODIGO DE P.A.M.I.:

DESCUENTOS Y SERVICIOS ESPECIALES BRINDADOS POR LA FARMACIA

..... % de descuento en la compra de medicamentos sin receta.
..... % de descuento en la compra de productos de venta libre.
..... % de descuento en la compra de material de cirugía, curación y accesorios de farmacia.
..... % de descuento en anteojos recetados.
..... % de descuento en anteojos para sol.

SI / NO Gabinete para vacunación

(tachar lo que NO corresponda)

SI / NO Vacunación Niños

(tachar lo que NO corresponda)

SI / NO Control de presión

SI / NO en forma gratuita

(tachar lo que NO corresponda)

SI / NO Nebulizaciones

SI / NO en forma gratuita

(tachar lo que NO corresponda)

SI / NO Entrega a domicilio

SI / NO en forma gratuita

(tachar lo que NO corresponda)

Radio de entrega:

Horario de entrega:

DOCUMENTACION A REMITIR POR LA FARMACIA

Comprobante de CBU. (Figura en primera hoja del extracto bancario)

Fotocopia de la habilitación extendida por Salud Pública.

Fotocopia de la habilitación extendida por Autoridad Municipal

Fotocopia del contrato de constitución de la sociedad (en aquellos casos en los que corresponda)

Constancia del poder de representación (en aquellos casos en los que corresponda)

Constancia Inscripción D.G.R. (Ingresos Brutos)

Constancia de C.U.I.T.

Constancia de Inscripción General de Justicia (en aquellos casos en los que corresponda)

Constancia de Habilitación de Vacunatorio (en aquellos casos en los que corresponda)

Constancia C.B.U.

SERVICIO DE TURNO (solo farmacias de Interior del país y Gran Buenos Aires)

(identificar en el calendario los días en que prestará servicio de turno)

Enero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Febrero	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29		
Marzo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Abril	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Mayo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Junio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Julio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Agosto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Septiembre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Octubre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Noviembre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
Diciembre	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Sello de la Farmacia

Firma del Responsable

Fecha

3/3