

Formulario 1

PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA

- ☐ Alta Nueva ☐ Cambio de Razón Social ☐ Cambio de Domicilio
- ☐ Cambio de Droguería ☐ Cambio de Dirección Técnica ☐ Cambio de Nombre de Fantasía
- ☐ Cambio de Agrupamiento y Entidad

DATOS:

Nombre de la Farmacia: _____ Código PAMI: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Código CUFE/GLN: _____

Razón Social ACTUAL/ALTA: _____ CUIT ALTA: _____

Tipo de Razón Social: _____

Miembros de la Sociedad:

- | | |
|------------|-------|
| 1. Nombre: | CUIT: |
| 2. Nombre: | CUIT: |
| 3. Nombre: | CUIT: |
| 4. Nombre: | CUIT: |
| 5. Nombre: | CUIT: |

Razón Social BAJA:

CUIT BAJA:

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA:

Matrícula:

Director/a Técnica BAJA:

Matricula BAJA:

Domicilio de la Farmacia

Calle: _____ N°: _____ CP: _____

Localidad: _____ Barrio: _____

Partido o Departamento: _____ Provincia: _____

Droguería:

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

Agrupamiento (Colegio/Cámara):

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

Entidad Nacional:

Código: _____ Nombre: _____



Formulario 4

PLANILLA DE CAMBIO DE DROGUERÍA

La que suscribe Farmacia _____ correspondiente al **colegio Farmacéutico de la Provincia del Neuquén**, sita en la calle _____ N° _____ de la localidad de _____, código PAMI _____, solicita en carácter de urgente el CAMBIO DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Crédito y Autorizaciones de Pago, según convenio PAMI.

DROGUERÍA DE ALTA Código _____

Nombre _____

DROGUERÍA DE BAJA Código _____

Nombre _____

Firma y aclaración responsable de la
farmacia

Sello de la Farmacia

Formulario 1

PLANILLA DE DATOS PARA ALTA/ MODIFICACION DE FARMACIA

- ☐ Alta Nueva ☐ Cambio de Razón Social ☐ Cambio de Domicilio
- ☐ Cambio de Droguería ☐ Cambio de Dirección Técnica ☐ Cambio de Nombre de Fantasía
- ☐ Cambio de Agrupamiento y Entidad

DATOS:

Nombre de la Farmacia: _____ Código PAMI: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Código CUFE/GLN: _____

Razón Social ACTUAL/ALTA: _____ CUIT ALTA: _____

Tipo de Razón Social: _____

Miembros de la Sociedad:

- | | |
|------------|-------|
| 1. Nombre: | CUIT: |
| 2. Nombre: | CUIT: |
| 3. Nombre: | CUIT: |
| 4. Nombre: | CUIT: |
| 5. Nombre: | CUIT: |

Razón Social BAJA:

CUIT BAJA:

Director/a Técnica ACTUAL/ALTA:

Matrícula:

Director/a Técnica BAJA:

Matricula BAJA:

Domicilio de la Farmacia

Calle: _____ N°: _____ CP: _____

Localidad: _____ Barrio: _____

Partido o Departamento: _____ Provincia: _____

Droguería:

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

Agrupamiento (Colegio/Cámara):

Código: _____ Nombre: _____ Sucursal: _____

Entidad Nacional:

Código: _____ Nombre: _____

Sello Entidad

Firma y Aclaración
Responsable de la Entidad

Sello Farmacia

Firma y Aclaración
Responsable de la Farmacia



Formulario 4

PLANILLA DE CAMBIO DE DROGUERÍA

La que suscribe Farmacia _____ correspondiente al **colegio Farmacéutico de la Provincia del Neuquén**, sita en la calle _____ N° _____ de la localidad de _____, código PAMI _____, solicita en carácter de urgente el CAMBIO DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Crédito y Autorizaciones de Pago, según convenio PAMI.

DROGUERÍA DE ALTA Código _____

Nombre _____

DROGUERÍA DE BAJA Código _____

Nombre _____

Firma y aclaración responsable de la
farmacia

Sello de la Farmacia