

FORMULARIO DE ALTA DE FARMACIAS

Fecha solicitud de alta:

Sello Mesa de Entradas del SMAUNaM

DATOS GENERALES DE LA FARMACIA:

Colégio o Cámara:

Cod. del Colégio o Cámara:

Nombre de fantasía:

Domicilio:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Barrio:

Teléfonos:.....

Nº Disp. de Habilitación de Salud Pública:

e-mail:

Horario de atención:

(adjuntar copia firmada por el Responsable)

DATOS DEL PROPIETARIO:

Nombre y Apellido o Razón Social:

DNI Nº :..... ó Nº Inscrp. En R.P.C.:

DATOS CONTABLES:

Nº de CUIT:

Condición de IVA:

Nº Ingresos Brutos :

Nº Habilitación Municipal :

DATOS DEL DIRECTOR TÉCNICO:

Nombre y Apellido:

DNI Nº :..... Matrícula Nº :

Declaro bajo juramento que los datos consignados en la presente son reales y verdaderos . -

Firma del Responsable.....

DNI Nº :.....

Aclaración:.....

Carácter:

Espacio reservado para el S.M.A.U.Na.M.

- - - - - Se autoriza deniega el alta, de la precedente solicitud, conforme Resol. C.A. Nº: - -

Observación:

.....

.....

.....
Firma

.....
Sello

.....
Fecha