



Colegio de Farmacéuticos
de la Provincia de Buenos Aires



FICHA DE ADHESIÓN VOLUNTARIA PARA SER INCLUIDO EN EL PROGRAMA "FARCAVI"

El que suscribe Farmacéutico/a _____

Matrícula Profesional _____ Director Técnico de la Farmacia _____

_____ sita en la calle _____ N° _____

de la localidad de _____ Código Postal _____

Partido _____ Provincia _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Suscribiendo la presente presta su conformidad de adhesión voluntaria al Programa "FARCAVI" de la **Confederación Farmacéutica Argentina**, comprometiéndose a respetar y cumplir con todas las pautas que indica el programa "FARCAVI" de acuerdo a lo enunciado en sus normas, que declaro conocer.

.....
Número de Matrícula

.....
Firma

.....
Sello de la Farmacia

.....
Aclaración