



Suscriben además la presente los Señores en su carácter de Socio/s -
Herederos (*)

(*) Testar lo que no corresponda.

- Apellido y Nombres: DNI/LE/CI
- Apellido y Nombres: DNI/LE/CI
- Apellido y Nombres: DNI/LE/CI
- Apellido y Nombres: DNI/LE/CI

☒ SELLO DE FARMACIA

☒ FIRMA Y ACLARACION

PROF. FARMACEUTICO



Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires

Calle 5 Nº 966 - 1900. La Plata - Tels: (0221) 429-0900 - e-mail: colfar@satlink.com