

ADHESION DEFINITIVA PARA LA ATENCION DEL PLAN MEPPES

Por la presente, comunico mi adhesión para la atención a los afiliados del Instituto de Obra Medico Asistencial para el Plan MEPPES:

NOMBRE DE FARMACIA:

COD. FARMACIA:

FARMACÉUTICO /A:

DOMICILIO:

TELEFONO:

LOCALIDAD:

PARTIDO:

FIRMA:

SELLO: