



..... de..... de.....-

Señora Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

GALENO A. R. T. – 234
Provincia de Buenos Aires (excepto Gran Buenos Aires, La Plata, Bahía Blanca, Gral.
Pueyrredón)

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto por la Confederación Farmacéutica Argentina para la atención de los afiliados de GALENO A.R.T. al cual se ha adherido el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas por la COFA para la atención de los afiliados de GALENO A.R.T., y aceptadas por el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires, que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto del 2% (dos por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos y percibiendo además Notas de crédito en parte de pago, cuyo porcentaje dependerá de los medicamentos que dispense la farmacia en cada caso.

Sin otro particular, saludo a Usted muy atentamente.-

FIRMA.....

ACLARACION.....

Nº DE MATRICULA.....

Nº DE CODIGO DE FCIA. DEL S.U.....

CODIGO Y NOMBRE DROGUERIA ASIGNADA:.....

SELLO DE LA FARMACIA:.....

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:.....