

*Instituto Nacional de Servicios
Sociales para Jubilados y
Pensionados*

Formulario 4

PLANILLA DE CAMBIO DE DROGUERÍA

La que suscribe Farmacia _____ correspondiente a
(colegio) _____, sita en la calle
_____ N° _____ de la localidad de
_____, código PAMI _____, solicita en carácter de urgente el CAMBIO
DE DROGUERÍA para la emisión de las Notas de Crédito, en el convenio PAMI DE DISPENSA DE
MEDICAMENTOS AMBULATORIOS, CLOZAPINAS Y DIABETES

DROGUERÍA DE ALTA

Código _____ Nombre _____

DROGUERÍA DE BAJA

Código _____ Nombre _____

Firma y aclaración responsable de la farmacia

Sello de la Farmacia