

Buenos Aires de de

Formulario de Adhesión de Farmacias para operar con Viviendo Mejor

Nombre de fantasía

Razón social

CUIT

Teléfono

E mail

Código IMED

Código PAMI

Nombre de la Droguería

N° de cliente en la droguería

Dirección

Código postal

Localidad

Facturador

Persona encargada de la farmacia