



FICHA DE INSCRIPCIÓN

DATOS DEL FARMACÉUTICO

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO LEGAL:

DOMICILIO REAL:

LOCALIDAD:

TELÉFONO: (.....).....

ESTADO CIVIL:

FECHA DE NACIMIENTO:.....

LOCALIDAD DE NACIMIENTO:

PROVINCIA:

DNI:

CORREO ELECTRÓNICO:

TÍTULO EXPEDIDO POR:

FECHA:/...../.....

MATRICULA PROVINCIAL:

FARMACIA EN LA QUE SE ENCUENTRA TRABAJANDO:

CAJA PREVISIONAL: Marcar el que corresponda

- No tramita:
- Tramita Alta:
- Tramita Alta y Exención:

En caso de tramitar, está de acuerdo en realizar el aporte por Colegio: **SI** **NO**

FIRMA

ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO TIENE CARÁCTER DE DECLARACION JURADA.

CUALQUIER MODIFICACIÓN DE ALGUNOS DE LOS DATOS, DEBERÁ SER NOTIFICADO FEHACIENTEMENTE AL COLEGIO, HACIENDO ENTREGA DE LA DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA (EN CASO DE CORRESPONDER)