



**AUTORIZACION DE PAGO**  
**-FARMACIAS S.C.S.-**

**Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de La Plata**

.....  
.....

.....en nuestro carácter de integrantes de la sociedad propietaria de Farmacia .....

con domicilio en la calle .....N° .....de la ciudad de La Plata, a Ud. decimos:

Que venimos a conferir autorización al Sr./Sra .....

.....DNI/LC/LE.....

a efectos de retirar las liquidaciones y valores correspondientes a nuestra Oficina Farmacéutica, y asimismo para suscribir en representación de la sociedad toda la documentación necesaria para esa finalidad.

En ese sentido, manifestamos asumir las responsabilidades que se generarán por la autorización conferida desligando en consecuencia de toda responsabilidad al Colegio de Farmacéuticos de La Plata y/o Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires por la modalidad de cobro solicitada.

La presente autorización se otorga por tiempo indeterminado cesando únicamente cuando se reciba notificación fehaciente emanada de nuestra parte en contrario.

Sin otro particular, saludámosle muy atentamente.

La Plata

Fecha: ...../...../.....

Observaciones:

- 1) La presente nota deberá ser firmada por TODOS los socios de la S.C.S.-
- 2) Se deberá acompañar copia del contrato social