



**AUTORIZACION DE PAGO
-FARMACIAS UNIPERSONALES-**

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

DNI/LC/LE.....en mi carácter de Titular y Director Técnico de Farmacia

con domicilio en la calleNºde la ciudad de La Plata,
a Ud. digo:

Que venimos a conferir autorización al Sr./Sra

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

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

En ese sentido, manifiesto 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, salúdole muy atentamente.

La Plata

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

Firma