



## FARMACIAS UNIPERSONALES

La Plata, ..... de ..... de 20.....

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

De mi mayor consideración:

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

en mi carácter de Titular y Director/a Técnico/o de la Farmacia .....

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

Que vengo a solicitar por medio de la presente que el Colegio que Ud. preside emita en lo sucesivo los cheques en pesos correspondientes a mi Oficina Farmacéutica a la orden de.....

o ....., pudiendo en consecuencia ser percibido de forma indistinta por cualquiera de ellos.

En ese sentido, manifiesto que los valores confeccionados de la manera solicitada, una vez debitados de la/s cuenta/s del Colegio o percibidos por cualquier beneficiario, tiene pleno efecto cancelatorio de las acreencias que tuviere mi Oficina Farmacéutica, sirviendo tal hecho de eficaz recibo y carta de pago en forma. Resultando la modalidad solicitada una excepción al régimen general, declaro asumir todas las responsabilidades por los perjuicios que se pudiesen generar como consecuencia de lo solicitado: extravío, adulteración, etc.; 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 pago solicitada.

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

Sin otro particular, salúdole muy atentamente.

.....  
Sello de la Farmacia

.....  
Firma Director/a Técnico

**NOTA: la firma deberá ser certificada por Escribano Público.**