

## FARMACIAS S.C.S.

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

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

De mi mayor consideración:

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

con domicilio en la calle .....Nº .....de la ciudad de La Plata, decimos:

Que venimos 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, manifestamos 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, saludámosle muy atentamente.

.....

Sello de la Farmacia

.....

Firma Director/a Técnico

**NOTA: La presente nota deberá ser firmada por el D.T. en su carácter de administrador de la sociedad.  
La firma deberá ser certificada por Banco ó Escribano Público.**