

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 calleNºde 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 Banco ó Escribano Público.