



**Colegio de
Farmacéuticos**
FILIAL LA PLATA

COLEGAS: Les acercamos Reempadronamiento de SIPEM para poder mejorar los Servicios y la pronta atención y/o derivación en caso de ser necesario:

REEMPADRONAMIENTO SIPEM

Farmacia:	Fecha:
Dirección Farmacia / Localidad:	Dirección Particular / Localidad:
GRUPO FAMILIAR A CARGO:	
OBRA SOCIAL DE CADA UNO DE LOS INTEGRANTES:	
¿ALGUNO DE LOS INTEGRANTES PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA? DETALLAR:	
SI DISPONE DE LUGAR DE PREFERENCIA PARA LA DERIVACIÓN DE LA ATENCIÓN, DETALLAR:	
SI DISPONE DE MÉDICO DE CABECERA, DETALLAR:	
OBSERVACIONES A TENER EN CUENTA:	
FIRMA FARMACÉUTICO/A:	ACLARACIÓN FARMACÉUTICO/A: