



# Colegio de Farmacéuticos

## FILIAL LA PLATA

**SOLICITUD DE ADHESIÓN AL CONVENIO DE RECIPROCIDAD ENTRE EL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS FILIAL LA PLATA Y VITALE LIBRERÍA Y PAPELERÍA S.A.**

....., ..... de ..... de .....

Señor Presidente del  
**Colegio de Farmacéuticos Filial La Plata**  
Diagonal 75 Nro. 354  
(1900) – La Plata

Por la presente, en mi carácter de **Director/a Técnico/a** de la Farmacia....., sita en la calle....., Nro....., de la Localidad de....., Partido de....., C.P....., Teléfono....., CUIT:....., mail.....; solicito mi incorporación voluntaria al Convenio de Reciprocidad entre el Colegio de Farmacéuticos Filial La Plata y Vitale Librería y Papelería S.A. aceptando el Reglamento en todos sus términos.

Reglamento:

- 1- Los pedidos serán realizados directamente por la farmacia a la Librería, con tope de crédito de acuerdo a las presentaciones de Obras Sociales que disponga la farmacia.
- 2- Los pedidos serán enviados, adjunto remito detallado, desde la librería a la farmacia.
- 3- La Librería realizará la facturación a nombre de la farmacia y las remitirá al Colegio.
- 4- El colegio realizará el descuento de dichas facturas a las farmacias por descuento de las Obras Sociales.

Adjuntar:

1. Copia de CUIT de la Farmacia.



.....

Firma

.....

Aclaración