



....., de de 20.....

Señor Presidente del
Colegio de Farmacéuticos de la
Provincia de Buenos Aires
Su Despacho

SCIS UNIFICADO – 481

Para los Partidos de: JOSE C PAZ, ALTE BROWN, AVELLANEDA, BERAZATEGUI, E. ECHEVERRIA, FCIO VARELA, GRAL SAN MARTIN, GRAL SARMIENTO, LANUS, LOMAS DE ZAMORA, LA MATANZA, MERLO, MORENO, MORON, QUILMES, SAN FERNANDO, SAN ISIDRO, TIGRE, TRES DE FEBRERO Y VTE LOPEZ.

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted a los efectos de comunicarle mi adhesión al Convenio de prestación de servicios farmacéuticos suscripto entre el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires y SCIS UNIFICADO.

Con tal motivo, y en razón de aceptar voluntariamente mi adhesión como prestador para con la mencionada Entidad, con los alcances previstos en el Artículo Segundo del Reglamento del Sistema Unificado, es que procedo a suscribir la presente como manifestación de mi voluntad en tal sentido, aceptando las condiciones contractuales convenidas entre el Colegio y SCIS S.A., que declaro conocer en su totalidad, sea en cuanto a bonificación, retención y/o descuento, prestando entera conformidad a la retención del total a percibir por el suscripto del 10% (diez por ciento) calculado sobre el valor total de los medicamentos dispensados y percibiendo además Notas de crédito en parte de pago, por el 7% (siete por ciento) facturado.

FIRMA:.....

ACLARACION.....

Nº DE MATRICULA.....

Nº DE CODIGO DE FCIA. DEL S.U.....

CODIGO Y NOMBRE DE DROGUERIA ASIGNADA.....

SELLO DE LA FARMACIA:.....

FIRMA AUTORIDAD COMPETENTE.....

SELLO FILIAL O COLEGIO DE PARTIDO:.....