

FICHA DE ASOCIADO

Nº Asociado	Fecha de Alta	Fecha de Baja

Tipo de Empresa:

Nº Colegiado:

Nº Farmacia:

Titular:

Nombre:

Apellidos:

Otro titular:

Dirección:

Municipio:

Provincia:

C. P.:

Fax:

Teléfono 1:

Teléfono 2:

Teléfono Móvil:

E-Mail:

Nº Farm, Adjts. Hom/muj:

Auxlrs. Hom/muj:

Programa Informático:

Banco/Caja:

Dirección Banco/Caja:

Digitos Cuenta Bancaria:

D. N. I.:

OBSERVACIONES

Anote la vía por la cual le resulta mas fácil recibir el correo (Cofarta, Cecofar, correo ordinario, etc):