**Formulario 3**

**PLANILLA DE ASIGNACIÓN/CAMBIO DE DROGUERÍA**

Lugar y Fecha: …………………………….

Sr. Presidente del……………………………….. de …………………………

S. / D.

De mi consideración:

De acuerdo a lo establecido en el Convenio PAMI FEFARA, informa a Ud. que designo a la Droguería…………………………….., Sucursal…………………………………… Código DROGUERIA…………… para las Notas de Recuperación de Descuentos y Autorizaciones de Pago.

 Sello, firma y aclaración del Propietario Sello, firma y aclaración

 y/o Representante Legal Responsable del Representante Legal

 de Droguería Asignada de Farmacia

 Sello, firma y aclaración del Propietario

 y/o Representante Legal

 de Droguería desafectada por la Farmacia

 *(Solo para cambio de droguería)*