



MATRICULA:
TOMO:
FOLIO:
FECHA:

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

*SR/SRA. PRESIDENTE DEL COLEGIO FARMACÉUTICO
DE LA PROVINCIA DE SAN LUIS*

.....

DNI, LE, LC, N°, CUIL/CUIT N°.....fecha de nacimiento
...../...../..... de años de edad, estado civil Con domicilio real en
calle..... N°..... de....., provincia de San
Luis, Teléfono.....constituyendo el legal en
calle.....N°..... De..... provincia de San Luis,
ante el Sr/Sra. Presidente respetuosamente digo:

Que vengo en este acto a solicitar se me registre como profesional farmacéutico en los términos Estatutariamente fijados, concediéndoseme a tal efecto, la matricula correspondiente, **acclarando que la recurrente conoce y acepta los términos del Estatuto vigente, Código de Etica y la Ley N° 376/2004, cuyos testimonios recibo en este acto y me comprometo a respetar irrestrictamente.**

Asimismo lo expresamente impuesto por los Arts. 2, 21 y concordantes de la Ley N° 376/2004, como así el art. 3 Inc. D del Estatuto vigente, requiero se me asocie a la Institución que Usted preside, asumiendo los derechos y obligaciones emergentes de tal calidad. Asimismo declara que en la actualidad no ejerce o cumple funciones de Director/a Técnico/a, Regente, Auxiliar, en establecimientos Farmacéuticos Alguno.

Se acompaña con la presente, la documentación que a continuación se detalla:

.....
.....
.....
.....

- Saludo a Usted Atentamente

FIRMA Y ACLARACION

Dirección de E-Mail:

_____ , FIRMA DE CONFORMIDAD _____
- FECHA DE ENTREGA: / /