

## PLANILLA DE AFILIACIÓN

Inscripción

Actualización

Razón Social:	
Dirección:	
Ciudad:	RIF:
Tlfs:	Código Postal:
E-Mail:	Fax:
Pág. Web:	

### Representante de la empresa ante CAMESIP

Nombre:	Cargo:
Tlfs. Ofc.	
Celular:	E-Mail:

### Suplente representante de la empresa ante CAMESIP

Nombre:	Cargo:
Tlfs. Ofc.	
Celular:	E-Mail:

### Farmacéutico Regente

Nombre:	Cargo:
Tlfs. Ofc.	
Celular:	E-mail:

Persona contacto en Caja:

Días de Caja:	Horario:
---------------	----------

### Productos OTC (Favor anexar lista con: nombre comercial, principio activo y presentación)
