



SOLICITUD DE INGRESO

_____ Nueva _____ Renovación

Nombre de la farmacia: _____ Municipio: _____

NPI: _____ NABP: _____ Núm. de farmacias: _____ Años establecida: _____

Lic. Salud: _____ Lic. DEA: _____ Lic. ASSMCA: _____ Pies cuadrados: _____

Marcar una:

_____ Corporación Núm. SS Patronal: _____
_____ Sociedad Núm. SS Patronal: _____
_____ Individuo Núm. SS: _____

Grupos o Asociaciones a que pertenece: _____ Coopharma _____ Aliadas _____ GNP _____ ABC _____ NCPA
_____ Otras: _____

Dirección física: _____

Certificaciones:
_____ PAM
_____ Vacunación
_____ Compounding
_____ Joint Commission
_____ Otra _____

Dirección postal: _____

Teléfono de la farmacia: _____
Fax de la farmacia: _____
email: _____
website: _____

Comunicación preferida:
_____ Email
_____ Correo
_____ Fax

Nombre del dueño: _____
Farmacéutico: Si _____ No _____
Dirección residencial: _____

Ocupación: _____
Dirección postal: _____

Nombre del cónyuge: _____
Farmacéutico: Si _____ No _____
Dirección residencial: _____

Ocupación: _____
Dirección postal: _____

Nombre Farmacéutico Regente: _____ Núm. Lic.: _____
Teléfono: _____ Núm. Registro: _____

Horario de la farmacia: Lun: _____ Jue: _____
Mar: _____ Vie: _____
Mier: _____ Sab: _____
Dom: _____

Número Total de Empleados: _____ Sistema de Computadoras:
Farmacéuticos: _____ RX30 _____
Técnico(a)s: _____ Wescom _____
Piso: _____ Moreno _____
Otros: _____ QS1 _____
Otro: _____

Para socios de nuevo ingreso la Junta de Directores evaluará su solicitud y determinará en reunión constituida, la aprobación o rechazo de la misma. Si la Junta de Directores determinara rechazar la solicitud se le devolverá el pago por correo. La renovación cubre el periodo del 1 de julio al 30 de junio.

La información solicitada en esta solicitud es CONFIDENCIAL y para uso exclusivo de la administración de la AFCPR.

Cuota Nuevo Ingreso por farmacia: \$500 _____

Cuota de Renovación:

1 a 2 farmacias \$400 c/u _____

3 a 6 farmacias \$300 c/u _____

7 o más farmacias \$250 c/u _____

* Hasta un máximo de \$1,500

* Hasta un máximo de \$2,500

Aportación al Fondo Legal: ___\$50 ___\$100 ___\$200 ___Otro: _____

Total: \$ _____

Certifico que la información provista en esta solicitud es cierta en su totalidad.

Firma: _____

PARA USO DE LA OFICINA

Fecha Recibida: ____/____/____

Determinación: _____ Aprobada / _____ Rechazada

Firma del (la) Presidente(a): _____

Fecha: ____/____/____