

MEDIANTE ESTE DOCUMENTO Y CON CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA, INFORMO A QUIEN CORRESPONDA QUE ME DIRIJO A FARMACIA CEMIC SEDE SAAVEDRA UBICADA EN AV GALVAN 4102 , PARA RETIRAR MEDICACIÓN DE TRATAMIENTOS CRÓNICOS CUYAS RECETAS SE ENCUENTRAN EN PODER DE LA FARMACIA.
DÍA/...../.....

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

CEMIC