



ASOCIACIÓN MUTUALISTA EMPLEADOS  
BANCO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

27 de Abril-275-5000-Córdoba—TE: 351-4212114-Interno 131-  
e-mail: [farmacia@mutualbpc.com.ar](mailto:farmacia@mutualbpc.com.ar)

**SOLICITUD DE MEDICAMENTOS**

Apellido/Nombres: \_\_\_\_\_ N° de Legajo: \_\_\_\_\_  
 DNI N°: \_\_\_\_\_ .TE Celular: \_\_\_\_\_  
 Calle: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dto: \_\_\_\_\_  
 Barrio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ C.P \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA SUCURSAL BANCARIA PARA EL ENVÍO**

Sucursal: \_\_\_\_\_ Código de la Sucursal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono Sucursal: \_\_\_\_\_ Interno: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS SOLICITADOS**

Nombre	Dosis (*)	Presentación (*)	Cantidad (*)	Observaciones
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

(\*) NOTA: en **dosis** (ej:10 mg., 100 mg, etc) en **presentación**: (si son comprimidos, ampollas,etc..) en **cantidad** (ej: caja por 12 comprimidos, por 24 ampollas, etc...)

CANTIDAD DE CUOTAS:.....(máximo 3 (tres)).-

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular y Aclaración