



Asociación Nacional de
Farmacias de México, A. C.

SOLICITUD DE ADSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE FARMACIA SOCIALMENTE RESPONSABLE

Nombre de la Farmacia: _____

Domicilio

Calle y número: _____

Colonia: _____ Alcaldía / Municipio: _____

C. P: _____ Estado: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Licencia Sanitaria / Aviso de Funcionamiento: _____

Propietario / Representante legal: _____

Nombre completo y firma