



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