

VACUNACIÓN CONTRA COVID-19



CARTA COMPROMISO

Fecha: _____

El que abajo suscribe solicita inscribirse al programa de:

VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 EN FARMACIAS CON CAF (CONSULTORIOS ANEXOS A FARMACIAS)

Con el compromiso de decir verdad, manifiesto la adhesión de mi establecimiento:

_____, con domicilio en _____

teléfono _____, al propósito de darle cumplimiento a la convocatoria de vacunación de COVID-19, observando el protocolo regulatorio de la red de frío y dispositivos de temperatura y humedad correspondientes para la custodia y preservación (la vacuna es gratuita).

ACEPTO

Nombre completo y firma

ANAFARMEX
Chapultepec 592,
Miguel Hidalgo, 11850, CDMX.



55 5553 4033
55 5553 4647



www.anafarmex.com.mx





VACUNACIÓN CONTRA COVID-19

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

PROGRAMA DE FARMACIAS CON CAF (CONSULTORIO ANEXO A LA FARMACIA)

Fecha: _____

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