

# 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](http://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