



## **AUTORIZACION DE PAGO** **-FARMACIAS UNIPERSONALES-**

**Sr. Presidente del Colegio de Farmacéuticos de La Plata**

.....

DNI/LC/LE.....en mi carácter de Titular y Director Técnico de Farmacia

.....

con domicilio en la calle .....N° .....de la ciudad de La Plata,

a Ud. digo:

Que venimos a conferir autorización al Sr./Sra .....

.....DNI/LC/LE.....

a efectos de retirar las liquidaciones y valores correspondientes a mi Oficina Farmacéutica, y asimismo para suscribir en representación de la sociedad toda la documentación necesaria para esa finalidad.

En ese sentido, manifiesto asumir las responsabilidades que se generarán por la autorización conferida desligando en consecuencia de toda responsabilidad al Colegio de Farmacéuticos de La Plata y/o Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Buenos Aires por la modalidad de cobro solicitada.

La presente autorización se otorga por tiempo indeterminado cesando únicamente cuando se reciba notificación fehaciente emanada de nuestra parte en contrario.

Sin otro particular, salúdole muy atentamente.

La Plata

Fecha: ...../...../.....

Firma