



## Formulario de Inscripción Farmacia Comunal

Nombre : \_\_\_\_\_

Rut : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Medicamentos : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Se deja constancia, que se entrega un ejemplar del “Reglamento Interno de la Farmacia Comunal de Panguipulli” al beneficiario, y éste se compromete a respetar y cumplir.

\_\_\_\_\_

Firma del Beneficiario