



Cámara de Farmacias del Paraguay

Tte. Fariña, 683 c/ Antequera - Telfax: (595 21) 442 725 (r.a.)
e-mail: cafapar@click.com.py - www.cafapar.com.py - Asunción - Py

SOLICITUD DE INGRESO

Asunción, ____ de _____ de 20__

Señora Presidenta de la
Cámara de Farmacias del Paraguay
Q.F. María Laura Guaragna Llano
Presente

De mi consideración:

En mi (nuestro) carácter de propietario(s) y/o Representante de la Farmacia _____

De la ciudad de _____ solicito(amos) mi(nuestro) ingreso a la Cámara de Farmacias del Paraguay, en carácter de socio comprometiéndome a cumplir con los Estatutos y Reglamentos de la Entidad, que declaro conocerlos, así como el pago de las cuotas de ingreso y mensualidades correspondientes.

A la espera de una atención favorable, aprovecho(amos) la ocasión para saludarle muy atentamente.

Fcia. Proponente

Fcia Proponente

Firma del Propietario y/o Representante

DATOS:

EMPRESA: _____ DOMICILIO: _____

NOMBRE DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE: _____

APELLIDOS: _____

ESTADO CIVIL: _____ C.I.: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

PROFESIÓN: _____

NACIONALIDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____

REGISTRO UNICO DE CONTRIBUYENTE(RUC): _____

TELÉFONO COMERCIAL: _____ PARTICULAR: _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL REGENTE: _____

Nº DE REGISTRO PROFESIONAL: _____ Fotocopia C.I.: _____

**“Adjuntar fotocopia de Resolución de apertura de farmacia con Registro Actualizado.
Escritura Pública de Constitución en caso de tratarse de Persona Jurídica”**

MONTO DE LAS CUOTAS

Ingreso	Gs. 100.000	Semestral	Gs. 300.000
Mensual	Gs. 50.000	Anual	Gs. 600.000

PARA USO DE LA CAMARA

Aceptado en la sesión de Fecha: ____/____/____ Acta N°: _____

Gabinete de Admisión: _____ Firma: _____

PARA USO ADMINISTRATIVO

Gerente General

Informática

Archivo

Croquis de ubicación al dorso ⇒

UBICACIÓN DE LA FARMACIA

CIUDAD :

BARRIO :

CALLE :

ENTRE CALLE :

--	--

--	--

REQUISITOS PARA ASOCIARSE

1. LLENAR EL FORMULARIO DE INGRESO Y POR ULTIMO FIRMA DEL PROPIETARIO
2. FOTOCOPIA DE LA RESOLUCIÓN DE APERTURA O REAPERTURA ACTUALIZADO DE LA FARMACIA CON SU REGISTRO.
3. ESCRITURA PÚBLICA DE CONSTITUCIÓN, EN CASO DE TRATARSE DE UNA PERSONA JURÍDICA.
4. FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD DEL PROPIETARIO.
5. FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD Y REGISTRO PROFESIONAL DEL REGENTE
6. CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN LA SENAD

OBS.

- TODOS LOS DOCUMENTOS DEBERÁN ESTAR ACTUALIZADOS PARA TENER VALIDEZ
- UNA VEZ COMPLETADO LOS REQUISITOS EXIGIDOS, EL GABINETE DE ADMISIÓN ANALIZA Y RECOMIENDA SU APROBACIÓN O RECHAZO AL CONSEJO DIRECTIVO, NOTIFICÁNDOSE A LA FARMACIA DE REFERENCIA LA DECISIÓN TOMADA.
- LA CUOTA MENSUAL ES DE 50.000 GS. (PUDIENDO TAMBIEN SER PAGADA EN FORMA SEMESTRAL 300.000 O ANUAL 600.000)