

SOLICITUD DE ADHESIÓN

Datos a cumplimentar por el asociado

D. _____ con D.N.I. _____
actuando en nombre y representación de la empresa _____ con
C.I.F. _____, domicilio en _____
población _____ Código postal _____,
nº de teléfono _____, nº de fax _____, e-mail _____ y
nº de cuenta _____.
Domicilio del centro de trabajo (lugar donde se enviará el pedido desde almacén de
Valladolid) _____
Persona de contacto en ese centro de trabajo _____

Por medio del presente documento se adhiere como beneficiario, al Acuerdo de Colaboración suscrito entre F.O.E.S. y Farmacia Ángel Carrascosa.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firma la presente adhesión.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Firma y sello del solicitante

Datos a cumplimentar por FOES:

D. _____, actuando en nombre y representación de FOES

CERTIFICA: Que según consta en nuestros archivos, el asociado, es miembro de esta Federación.

Y para que conste y surta los efectos oportunos en relación con el Acuerdo de Colaboración suscrito con Farmacia Ángel Carrascosa, con domicilio en Soria, C /Vicente Tutor, 8 - 42001, teléfonos 975212744/ 975212745 (Jesús Ruiz), fax 975212715 y e-mail: carrascosa@abromin.com, se firma la presente.

En _____, a _____ de _____ 200__

Firma y sello de F.O.E.S.