

FORMULARIO – CAMBIOS DE INFORMACIÓN DE FARMACIA

NOMBRE FARMACIA (ANTERIOR & NUEVO):		
NCPDP (ANTERIOR & NUEVO):	NPI (ANTERIOR & NUEVO):	#SS PATRONAL:
DIRECCIÓN POSTAL:	DIRECCIÓN FÍSICA:	
TELÉFONO:	FAX:	SOFTWARE PARA PROCESAR RECETAS:
NOMBRE DEL DUEÑO (ANTERIOR & NUEVO):		NOMBRE FARMACÉUTICO REGENTE (ANTERIOR & NUEVO):
PERSONAS CONTACTO		
<i>NOMBRE(S)</i>	<i>TELÉFONO</i>	<i>E-MAIL(S)</i>
TIPO DE FARMACIA		
SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES:		
<input type="checkbox"/> FARMACIA INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> FARMACIA CDT PRIVADO <input type="checkbox"/> FARMACIA HOSPITAL PRIVADO <input type="checkbox"/> FARMACIA DE CADENA <input type="checkbox"/> FARMACIA CDT PÚBLICO <input type="checkbox"/> FARMACIA ESPECIALIZADA		
HORARIO DE LA FARMACIA		
<i>DÍAS</i>	<i>HORARIO</i>	
NOMBRE Y HORARIO DE LOS FARMACÉUTICOS		
<i>NOMBRE</i>	<i>DÍAS</i>	<i>HORARIO</i>
NOMBRE Y HORARIO DE LOS AUXILIARES DE FARMACIA		
<i>NOMBRE</i>	<i>DÍAS</i>	<i>HORARIO</i>
TODA SOLICITUD DEBE ESTAR ACOMPAÑADA DE:		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Carta indicando por que se realizan los cambios. 2. Copia de una identificación con foto de la persona que solicita los cambios. 3. Si la solicitud obedece a un cambio de dueño, incluya una copia del contrato de compra venta. 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Evidencia de NPI, NCPDP. 5. Licencia de Farmacia, ASSMCA, DEA, Productos Biológicos y Seguro de Responsabilidad Pública. 6. Copia con foto de Registro del Farmacéutico Regente y Técnico(s) de Farmacia 	

Envíe el formulario debidamente completado y todos los documentos requeridos a: MC-21 (número de Fax 787-653-2814).