

El Afiliado deberá determinar la Farmacia donde retirará Factor VIII de la Licitación Conjunta 80-0004-LPU 2018.

**¿QUÉ FARMACIA ELIGE PARA RECIBIR FACTOR VIII?**

Nombre / Razón social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL AFILIADO**

Nº de Beneficio:

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Firma Afiliado / Apoderado: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_