**FORMATO PARA ADQUISICIÓN DE FOTOTECA**

|  |  |
| --- | --- |
| Solicitud: | Fecha: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Número de Fotografía: | **Gratuita** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  |
| **Datos** |  |
|  |  |
| E-mail: | Teléfono: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Farmacia/Empresa/Hospital: |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Recolección en oficina | Envío a domicilio |
|  |  |
|  |  |
| Asociado: | Si | No |
|  |  |
|  |  |
| ¿Le interesa que Anafarmex le envíe más información? | Si | No |