**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 |