



ENVIAR A FEF E: FAX: 91-577.57.43 – TELF: 91-575.43.86 Y A SU GESTORÍA DE NÓMINAS

ADHESIÓN AL XXIII CONVENIO COLECTIVO DE OFICINAS DE FARMACIA

FARMACIA-D/ D^a: _____

NIF: _____ TELF.: _____

CALLE: _____ Nº: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____ CP: _____

SE ADHIERE AL XXIII CONVENIO COLECTIVO DE OFICINAS DE FARMACIA

Con el consentimiento de sus trabajadores

Y, para que conste a los efectos oportunos a los firmantes del XXIII Convenio Colectivo

Fdo. _____



ENVIAR A FEF E: FAX: 91-577.57.43 - TELF: 91-575.43.86

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN A FEF E

FARMACIA D/D^a : _____

CALLE: _____ Nº: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELF: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Fdo. _____