

SOL·LICITUD DE TANCAMENT TEMPORAL D'UNA OFICINA DE FARMÀCIA
SOLICITUD CIERRE TEMPORAL DE OFICINAS DE FARMACIA**F SOL·LICITUD / SOLICITUD**

L'autorització del tancament de l'oficina de farmàcia les dades de la qual s'indiquen més amunt.
Que le sea autorizado el cierre de la oficina de farmacia cuyos datos se indican más arriba.

La persona que signa declara, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació.

La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, a ____ d _____ de _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999)

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADADATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENT

SOL·LICITUD DE TANCAMENT DEFINITIU D'UNA OFICINA DE FARMÀCIA
SOLICITUD CIERRE DEFINITIVO DE OFICINAS DE FARMACIA

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NIF	NÚM. DE COL·LEGIAT Nº DE COLEGIADO
DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			C.P.
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / E-MAIL

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	NIF	
DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		C.P.	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / E-MAIL

B DADES DE L'OFICINA DE FARMÀCIA / DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

TITULAR DE L'OFICINA DE FARMÀCIA / TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA	NÚM. OFICINA FARMÀCIA Nº OFICINA FARMACIA		
DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NUMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	C.P.		
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / E-MAIL

C CAUSA QUE MOTIVA EL TANCAMENT / CAUSA QUE MOTIVA EL CIERRE**D DATA DE TANCAMENT / FECHA DE CIERRE**

Oficina de Farmacia en un municipi o entitat menor o pedania.
Oficina de Farmacia en un municipio o entidad menor o pedanía.
Data prevista del tancament
Fecha prevista del cierre _____

El tancament de l'oficina de farmacia haurà de sol·licitar-se amb una antelació mínima de tres mesos, termini durant el qual la Conselleria de Sanitat autoritzarà l'obertura d'una farmaciola que garantisca la continuïtat en l'atenció farmacèutica a la seua població.
El cierre de la oficina de farmacia deberá solicitarse con una antelación mínima de tres meses, plazo durante el que la Consellería de Sanidad autorizará la apertura de un botiquín farmacéutico que garantice la continuidad en la atención farmacéutica a su población.

Atres Oficinas de Farmacia.
Otras Oficinas de Farmacia.
Data prevista del tancament
Fecha prevista del cierre _____

E DOCUMENTACIÓ / DOCUMENTACIÓN

El justificant de l'abonament de la taxa prevista.
Justificante del abono de la tasa prevista.

SOL·LICITUD DE TANCAMENT TEMPORAL D'UNA OFICINA DE FARMÀCIA
SOLICITUD CIERRE TEMPORAL DE OFICINAS DE FARMACIA

F SOL·LICITUD / SOLICITUD

L'autorització del tancament de l'oficina de farmàcia les dades de la qual s'indiquen més amunt.
Que le sea autorizado el cierre de la oficina de farmacia cuyos datos se indican más arriba.

La persona que signa declara, sota la seua responsabilitat, que les dades ressenyades en esta sol·licitud són exactes i conformes amb el que estableix la legislació.

La persona que firma declara, bajo su responsabilidad, que los datos reseñados en la presente solicitud son exactos y conformes con lo establecido en la legislación.

_____, a ____ d _____ de _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999)

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT
FECHA DE ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENT