

## **SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA EN LA CARTERA DE SERVICIOS**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

titular/cotitulares de la oficina de farmacia  
número \_\_\_\_\_

establecida en la calle \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

de la localidad (código postal-población) \_\_\_\_\_

desea participar en los siguientes servicios profesionales incluidos en la **CARTERA DE SERVICIOS** promovida por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias, comprometiéndose a mantener los requisitos mínimos establecidos:

- Sistema personalizado de dosificación (SPD).
- Programa de deshabituación tabáquica.

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

Firma: