

**SOLICITUD DE ACREDITACION  
DE OFICINA DE FARMACIA**

D/D<sup>a</sup>.....titular/cotitulares de la oficina de farmacia número O-.....F, establecida en (localidad) .....C/....., Tfno ....., deseando participar en el **Programa de prestación farmacéutica a personas en situación de drogodependencia a través de las oficinas de farmacia del Principado de Asturias**, solicita que dicha farmacia sea acreditada como centro dispensador, según el Decreto 18/1990 por el que se regulan las condiciones y requisitos que deben cumplir los Centros o servicios de tratamiento de opiáceos a personas dependientes de éstos, así como las normas para su acreditación, comprometiéndose a mantener las existencias mínimas necesarias para la atención a los pacientes asignados.

..... a ..... de ..... de .....

Firmado: Titular/Cotitulares

ILMO. SR. CONSEJERO DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.