

**COMUNICACIÓN DE CIERRE TEMPORAL DE OFICINA DE FARMACIA
(INFERIOR A TRES MESES)**

Datos del farmacéutico/s solicitante/es:

DNI:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:	NOMBRE:
DIRECCIÓN DE LA O.F. (Calle o plaza, nº, localidad, municipio y código postal):			
NÚMERO DE LA O.F.		TELÉFONO DE CONTACTO:	
FAX DE CONTACTO:			

Motivo del cierre:

<input type="checkbox"/> VACACIONES <input type="checkbox"/> OTROS (Especificar y aportar justificante) (Señálese lo que proceda)

Duración del cierre:

FECHA DE CIERRE:	FECHA DE REAPERTURA:
------------------	----------------------

NOMBRE DEL SOLICITANTE/S: (manuscrito) En, a, de, de	FIRMA DEL SOLICITANTE/S:
---	--------------------------------------

OBSERVACIONES EN CASO DE CIERRE POR VACACIONES:

- 1.- A la solicitud debe acompañar el documento que indique las oficinas de farmacia que cubrirán las guardias que tuviera asignadas el interesado, con la conformidad expresa de sus respectivos titulares.
- 2.- La solicitud debe presentarse con tres meses de antelación como mínimo respecto del período de vacaciones comunicado