

**SOLICITUD PARA EL ACCESO A LA TITULARIDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA CONVOCADA
POR ORDEN DE 22 DE MAYO DE 2018 DEL CONSEJERO DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE
HERNANI**

DATOS del SOLICITANTE/s

APELLIDOS:.....NOMBRE:.....NCMTO:.....
APELLIDOS:.....NOMBRE:.....NCMTO:.....
Señale **un** DOMICILIO a efectos de notificaciones: C/.....Nº.....
CP:.....MUNICIPIO:.....PROVINCIA:.....
TFNOS. DE CONTACTO:.....

DOCUMENTACIÓN PRECEPTIVA (Artículo Primero del Decreto 24/2004, de 3 de febrero)

ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE FARMACÉUTICO

- Título de Licenciado/a.
- Carnet de Colegiado/a
- Otros justificantes

RELACIÓN CON LA TITULARIDAD DE UNA OFICINA DE FARMACIA (señalar de las tres, la opción que proceda)

DECLARO que el 8 de JUNIO de 2018:

- ERA** | titular | de oficina de farmacia en el MUNICIPIO:.....PROV:..... y:
| cotitular |
- QUIERO que me sean computados los méritos de ejercicio profesional en esta oficina de farmacia y por tanto, APORTO compromiso de cierre de la misma (en su caso, compromiso de cierre de todos los cotitulares)
 - NO QUIERO que me sean computados los méritos de ejercicio profesional en esta farmacia.
(En caso de no señalar ninguna de las casillas, NO SE COMPUTARÁN LOS MÉRITOS DE EJERCICIO PROFESIONAL)
- NO ERA** titular/cotitular de oficina de farmacia **NI LO FUI** en los 12 meses anteriores a dicha fecha.
- NO ERA** titular/cotitular de oficina de farmacia **PERO SI LO FUI** en los 12 meses anteriores a dicha fecha y APORTO documentación acreditativa de la transmisión efectuada:
- Transmisión a título gratuito.
 - Transmisión a título oneroso a persona de las indicadas en el art. 17.3 Ley 11/94.
 - Transmisión a título oneroso a persona distinta de las indicadas en el art. 17.3 Ley 11/94.
 - Indico que dicha oficina de farmacia no fue transmitida, sino cerrada.

MÉRITOS ALEGADOS (conforme al Anexo al Decreto 24/2004, de 3 de febrero)

- ADJUNTO la DOCUMENTACIÓN acreditativa de los méritos descritos en ANEXO junto con esta solicitud.
- NO ADJUNTO la DOCUMENTACIÓN acreditativa de los méritos descritos en ANEXO, por haberla presentado junto con la solicitud para el acceso a la titularidad de la oficina de farmacia convocada en el municipio de:
(señalar la opción que proceda)

LEIOA SALVATIERRA/AGURAIN DURANGO

JUSTIFICANTE DE ABONO DE TASAS

- Adjunto justificante del abono de la tasa correspondiente a la solicitud de creación de oficina de farmacia en el municipio de **HERNANI**: 108,28 €.

ABONO de TASAS: a través de la pasarela de pagos online:
Euskadi.eus > Departamento de Salud > Servicios por Internet > Aplicaciones > Tasas y otros pagos.

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a en la convocatoria prevista en la **Orden de 22 de mayo de 2018**, del Consejero de Salud, para el acceso a la titularidad de oficina de farmacia en el municipio de **HERNANI**.

En, adede 2018

Firma Solicitante/s:

DIRECTOR DE FARMACIA. DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO VASCO.

C/ Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfno. 945 01 92 69 – mail: ordfarma-san@euskadi.eus

ANEXO
(página 1 de)

DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LOS MÉRITOS ALEGADOS

Adjunto original o copia compulsada (*) de la siguiente relación de méritos:

(*) *Compulsas de acuerdo al Decreto 149/96 (BOPV nº 135 de 15/7/1996)
modificado por Decreto 72/2008 (BOPV nº 102 de 30/5/2008)*

Nº de documento	Descripción
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

Señalar si continúa la descripción de méritos en otra página.

Nombre y Firma Solicitante:

