

**SOLICITUD PARA EL ACCESO A LA TITULARIDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA CONVOCADA
POR ORDEN DE 31 DE MAYO DE 2017 DEL CONSEJERO DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE
ETXEBARRI**

DATOS del SOLICITANTE/s

APELLIDOS:.....NOMBRE:.....Fecha nacimiento:.....
APELLIDOS:.....NOMBRE:.....Fecha nacimiento:.....
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 28 de JUNIO de 2017:

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 DOCUMENTACIÓN acreditativa de los méritos descritos en ANEXO junto con esta solicitud.

JUSTIFICANTE DE ABONO DE TASAS

- Adjunto justificante del ingreso, en alguna de las siguientes cuentas, de la tasa correspondiente a la solicitud de creación de oficina de farmacia en el municipio de **ETXEBARRI**: 106,68 €.

BIZKAIA	KUTXABANK	C/C: 2095.0631.51.3239068030
GIPUZKOA	CAJA LABORAL	C/C: 3035.0060.47.0600900359
ALAVA	CAJA LABORAL	C/C: 3035.0056.40.0560900123

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a en la convocatoria prevista en la **Orden de 31 de mayo de 2017**, del Consejero de Salud, para el acceso a la titularidad de oficina de farmacia en el municipio de **ETXEBARRI**.

En, adede 2017

Firma Solicitante/s:

DIRECTOR DE FARMACIA. DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO VASCO.

C/ Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfno. 945 01 92 69 – Fax 945 01 92 00

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:

