



**PROPUESTA Y ACEPTACIÓN DE OFICINA DE FARMACIA VINCULADA A UN DEPÓSITO DE
MEDICAMENTOS Y/O TOXINA BOTULÍNICA TIPO A CON INDICACIÓN ESTÉTICA. Procedimiento nº2079**

1. DATOS DEL CENTRO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO SANITARIO:		
RAZÓN SOCIAL DEL CENTRO SANITARIO		NIF/CIF:
DIRECCIÓN:		CP:
LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TLF: EMAIL:

2. DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA A LA QUE SE PRETENDE VINCULAR EL DEPÓSITO DEL CENTRO SANITARIO

TITULAR/NOMBRE:		NIF/CIF:
DIRECCIÓN:		CP:
LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TLF: EMAIL:

D/D^a _____ CON N.I.F
 _____ EN CALIDAD DE _____ DEL CENTRO
 SANITARIO _____
 SITO EN _____

PROPONGO COMO OFICINA DE FARMACIA VINCULADA AL DEPÓSITO DEL REFERIDO CENTRO, LA OFICINA DE FARMACIA
 MU- -F CUYA TITULARIDAD CORRESPONDE A D./D^a _____

D/D^a _____ CON N.I.F _____

TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA MU- -F ACEPTO LA PROPUESTA DE VINCULACIÓN AL DEPÓSITO
 DEL CENTRO SANITARIO INDICADO, E INFORMO QUE EL RESPONSABLE DEL CITADO DEPÓSITO SERÁ D/D^a

FARMACÉUTICO/A ADJUNTO/A DE SU OFICINA DE FARMACIA

En _____, a _____ de _____ de 20____

Fdo: Director Gerente/Médico del centro sanitario

Fdo: Titular/es de la oficina de farmacia