|  |
| --- |
| **ANEXO I: DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL ADQUIRIENTE****Procedimiento nº: 2481**  |

D./Dª , con D.N.I. nº , farmacéutico, en relación con el procedimiento de autorización de la transmisión de la Oficina de Farmacia MU- -F.

**DECLARA RESPONSABLEMENTE**

Que no se encuentra incurso/a en ninguna de las causas de incompatibilidad profesional, establecidos en el Capítulo I del Título VI de la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia.

Y para que así conste y surta los efectos previstos en el artículo 104.1.j) del Decreto 17/2001, de 16 de febrero, por el que se regulan los procedimientos de apertura, traslado, modificación, cierre y transmisión de las oficinas de farmacia, firmo la presente declaración.

En  a Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.

Fdo.: 