**MODELO RENUNCIA AL DERECHO DE ADQUISIÓN PREFERENTE**

D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacéuticos/as, en relación con el procedimiento de autorización de la transmisión de la Oficina de Farmacia MU\_\_\_\_\_\_F, manifiesto mi renuncia expresa al derecho de adquisición preferente.

Y para que así conste y surta los efectos previstos en el artículo 104.1.e) 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.