**MODELO SOLICITUD CERTIFICADO SOBRE EXISTENCIA DE EMBARGOS**

D/Dª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacéutico/a, en relación con el procedimiento de autorización titular de la Oficina de Farmacia MU\_\_\_\_\_\_F, SOLICITO:

Que se certifique si sobre la oficina de farmacia de la que soy titular/cotitular, recae algún tipo de embargo sobre los derechos de traspaso de dicha farmacia que impida la transmisión de la misma.

En \_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

.