



PROPUESTA Y ACEPTACIÓN DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO RESPONSABLE DEL SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIO			
1. DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO			
TITULAR/NOMBRE:			NIF/CIF:
DIRECCIÓN:			CP:
LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TLF:	EMAIL:
2. DATOS DEL SOLICITANTE			
APELLIDOS, NOMBRE:			NIF/CIF:
PUESTO/CARGO:			CP:
DIRECCIÓN:			CP:
LOCALIDAD:	MUNICIPIO:	TLF:	EMAIL:
2. SOLICITA Y PROPONE:			
El nombramiento de D/D ^a _____ como farmacéutico/a responsable del Servicio de Farmacia MU- _____ -F, y por tanto de aquellas actividades relacionadas con la custodia, almacenamiento, dispensación e información de medicamentos, así como de las actividades de farmacotecnia, farmacia clínica, atención farmacéutica, docencia e investigación, administración y gestión del Servicio de Farmacia y cuantas otras pudieran derivar de la normativa aplicable.			
3. DATOS DEL RESPONSABLE/JEFE/A DEL SERVICIO DE FARMACIA MU- _____ -F DEL CENTRO HOSPITALARIO			
APELLIDOS:		NOMBRE:	NIF:
PUESTO/CARGO:			
Nº COLEGIADO:		EMAIL:	
4. DATOS DEL FARMACÉUTICO/A PROPUESTO/A COMO RESPONSABLE DEL DEPOSITO SOCIOSANITARIO			
APELLIDOS:		NOMBRE:	NIF:
Nº COLEGIADO:		EMAIL:	

D/D^a _____ con NIF _____
ACEPTA EL CARGO PROPUESTO Y LAS RESPONSABILIDADES DERIVADAS DEL NOMBRAMIENTO como responsable/Jefe/a del Servicio de Farmacia MU- _____ F, del centro hospitalario arriba indicado .

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo: Responsable/ Jefe/a
Servicio de Farmacia

Fdo: (Conforme): Director Gerente /Director
Médico del centro hospitalario