

D/D^a, titular de la
oficina de farmacia....., sita
en.....

EXPONE:

Que con motivo deque
tendrá una duración de (especificar fechas)
.....

SOLICITA:

Le sea aceptado el **nombramiento** de D/D^a.....
....., con DNI:..... y domicilio en
....., número de colegiado..... como
farmacéutico/a:

Adjunto

Sustituto

Regente

de la oficina de farmacia de mi propiedad.

Santander, dede 20....

Fdo:.....

Fdo:.....

(Farmacéutico que realiza el nombramiento)

(Farmacéutico que acepta el nombramiento)