

**SOLICITUD PARA EL ACCESO A LA TITULARIDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA CONVOCADA  
POR ORDEN DE 22 DE MAYO DE 2018 DEL CONSEJERO DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE  
SALVATIERRA/AGURAIN**

**DATOS del SOLICITANTE/s**

APELLIDOS:.....NOMBRE:.....NCMTO:.....  
APELLIDOS:.....NOMBRE:.....NCMTO:.....  
Señale **un** DOMICILIO a efectos de notificaciones: C/.....Nº.....  
CP:.....MUNICIPIO:.....PROVINCIA:.....  
TFNOS. DE CONTACTO:.....

**DOCUMENTACIÓN PRECEPTIVA (Artículo Primero del Decreto 24/2004, de 3 de febrero)**

**ACREDITACIÓN DE LA CONDICIÓN DE FARMACÉUTICO**

- Título de Licenciado/a.
- Carnet de Colegiado/a
- Otros justificantes

**RELACIÓN CON LA TITULARIDAD DE UNA OFICINA DE FARMACIA (señalar de las tres, la opción que proceda)**

**DECLARO que el 8 de JUNIO de 2018:**

**ERA** | titular  | de oficina de farmacia en el MUNICIPIO:.....PROV:..... y:  
| cotitular  |

QUIERO que me sean computados los méritos de ejercicio profesional en esta oficina de farmacia y por tanto, APORTO compromiso de cierre de la misma (en su caso, compromiso de cierre de todos los cotitulares)

NO QUIERO que me sean computados los méritos de ejercicio profesional en esta farmacia.  
(En caso de no señalar ninguna de las casillas, NO SE COMPUTARÁN LOS MÉRITOS DE EJERCICIO PROFESIONAL)

**NO ERA** titular/cotitular de oficina de farmacia **NI LO FUI** en los 12 meses anteriores a dicha fecha.

**NO ERA** titular/cotitular de oficina de farmacia **PERO SI LO FUI** en los 12 meses anteriores a dicha fecha y APORTO documentación acreditativa de la transmisión efectuada:

- Transmisión a título gratuito.
- Transmisión a título oneroso a persona de las indicadas en el art. 17.3 Ley 11/94.
- Transmisión a título oneroso a persona distinta de las indicadas en el art. 17.3 Ley 11/94.
- Indico que dicha oficina de farmacia no fue transmitida, sino cerrada.

**MÉRITOS ALEGADOS (conforme al Anexo al Decreto 24/2004, de 3 de febrero)**

- ADJUNTO la DOCUMENTACIÓN acreditativa de los méritos descritos en ANEXO junto con esta solicitud.
- NO ADJUNTO la DOCUMENTACIÓN acreditativa de los méritos descritos en ANEXO, por haberla presentado junto con la solicitud para el acceso a la titularidad de la oficina de farmacia convocada en el municipio de:  
(señalar la opción que proceda)

LEIOA                       HERNANI                       DURANGO

**JUSTIFICANTE DE ABONO DE TASAS**

- Adjunto justificante del abono de la tasa correspondiente a la solicitud de creación de oficina de farmacia en el municipio de **SALVATIERRA/AGURAIN: 108,28 €.**

**ABONO de TASAS: a través de la pasarela de pagos online:**

Euskadi.eus > Departamento de Salud > Servicios por Internet > Aplicaciones > Tasas y otros pagos.

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a en la convocatoria prevista en la **Orden de 22 de mayo de 2018**, del Consejero de Salud, para el acceso a la titularidad de oficina de farmacia en el municipio de **SALVATIERRA/AGURAIN**.

En ....., a .....de .....de 2018

Firma Solicitante/s:

**DIRECTOR DE FARMACIA. DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO VASCO.**

C/ Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 VITORIA-GASTEIZ  
Tfno. 945 01 92 69 – mail: ordfarma-san@euskadi.eus

**ANEXO**  
(página 1 de .....)

**DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LOS MÉRITOS ALEGADOS**

Adjunto original o copia compulsada (\*) de la siguiente relación de méritos:

*(\*) Compulsas de acuerdo al Decreto 149/96 (BOPV nº 135 de 15/7/1996)  
modificado por Decreto 72/2008 (BOPV nº 102 de 30/5/2008)*

Nº de documento	Descripción
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	

Señalar si continúa la descripción de méritos en otra página.

**Nombre y Firma Solicitante:**

