

**SOLICITUD PARA EL ACCESO A LA TITULARIDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA CONVOCADA
POR ORDEN DE 31 DE MAYO DE 2017 DEL CONSEJERO DE SALUD, EN EL MUNICIPIO DE
ETXEBARRI**

DATOS del SOLICITANTE/s

APELLIDOS:.....NOMBRE:.....Fecha nacimiento:.....
APELLIDOS:.....NOMBRE:.....Fecha nacimiento:.....
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 28 de JUNIO de 2017:

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 DOCUMENTACIÓN acreditativa de los méritos descritos en ANEXO junto con esta solicitud.

JUSTIFICANTE DE ABONO DE TASAS

- Adjunto justificante del ingreso, en alguna de las siguientes cuentas, de la tasa correspondiente a la solicitud de creación de oficina de farmacia en el municipio de **ETXEBARRI**: 106,68 €.

| | | |
|----------|--------------|------------------------------|
| BIZKAIA | KUTXABANK | C/C: 2095.0631.51.3239068030 |
| GIPUZKOA | CAJA LABORAL | C/C: 3035.0060.47.0600900359 |
| ALAVA | CAJA LABORAL | C/C: 3035.0056.40.0560900123 |

El/la abajo firmante solicita ser admitido/a en la convocatoria prevista en la **Orden de 31 de mayo de 2017**, del Consejero de Salud, para el acceso a la titularidad de oficina de farmacia en el municipio de **ETXEBARRI**.

En, adede 2017

Firma Solicitante/s:

DIRECTOR DE FARMACIA. DEPARTAMENTO DE SALUD. GOBIERNO VASCO.

C/ Donostia-San Sebastián, 1 – 01010 VITORIA-GASTEIZ
Tfno. 945 01 92 69 – Fax 945 01 92 00

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:

