Datos de Farmacéutica/o					
Nombre		**Apellidos**			
DNI		**Nº Colegiada/o**		**Teléfono**	
Correo electrónico					

EXPONE

Que se tramita en ese Colegio la autorización para mi nombramiento como farmacéutica/o Adjunta/o /Sustituta/o en la oficina de farmacia C- -F de Dª./D.
en el período

SOLICITA

Que el Colegio abone en mi nombre y representación a la Consellería de Sanidade las tasas correspondientes a la indicada actividad profesional (FARMACÉUTICA/O SUSTITUTA/O ADJUNTA/O EN OFICINA DE FARMACIA Código tasa: 111002311101) y me realice un cargo por el importe correspondiente (20,80€) que se pondrá al cobro con el próximo recibo de las cuotas colegiales.

En a de de 20 .

Firma Farmacéutica/o