Datos del Farmacéutico/a					
Nombre		**Apellidos**			
DNI		**Nº Colegiado/a**		**Teléfono**	
Correo electrónico					

EXPONE

Que se tramita en ese Colegio la autorización para mi nombramiento como farmacéutico/a Adjunto/a/Sustituto/a en la oficina de farmacia C- -F de D./Dª 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 (FARMACÉUTICO SUSTITUTO O ADJUNTO 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 Farmacéutico/a