



D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con Oficina de  
Farmacia nº \_\_\_\_\_ sita en \_\_\_\_\_ provincia de  
\_\_\_\_\_ C/ \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### **SOLICITA:**

Al amparo de la normativa vigente, el **cierre de su Oficina de Farmacia por vacaciones**

- desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_ ambos inclusive

ó

- los días \_\_\_\_\_

Burgos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(firma)

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.- Paseo Zorrilla 1.- 47007  
VALLADOLID, A TRAVÉS DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE  
BURGOS.-