INSTANCIA AMPLIACIÓN DE HORARIO FARMACIAS

D/D ^a	, Farmacéutico/a
Titular de la Oficina de Farmacia de la localidad de	BURGOS,
Núm. de Oficina de Farmacia con D.N.I. núm	
domiciliado enBURGOS calle,	
núm y colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos	s de Burgos,
y en virtud del Artículo 3 de la Orden SAN/744/2015 de 7 determina la atención farmacéutica continuada de las oficinas a Autónoma de Castilla y León.	
SOLICITO la siguiente ampliación de horario;	
 a). Apertura sin cierre al medio día. b). Apertura los sábados si no estuviera incluido en el hora c). De lunes a viernes, desde la hora de apertura matina obligatorio del municipio, hasta las 22 horas, con cierre a d). De lunes a viernes, desde la hora de apertura matina obligatorio del municipio hasta las 22 horas, de forma con e).De lunes a viernes, desde las 22 horas hasta la hora de horario mínimo obligatorio del municipio. f).De lunes a sábado, desde la hora de apertura matinal continua sin cierre a mediodía. g). De lunes a sábado, desde la hora de apertura matinal forma continua sin cierre a mediodía. h). De lunes a domingo, desde la hora de apertura matina forma continua sin cierre a mediodía. i). De lunes a domingo, desde la hora de apertura matina con cierre a mediodía. j). Veinticuatro horas continuadas todos los días del año. 	al, fijada en el horario mínimo mediodía. al, fijada en el horario mínimo ntinua sin cierre a mediodía. e apertura matinal fijada en el l hasta las 22 horas, de forma hasta las 22 horas, con l hasta las 22 horas, de nal hasta las 22 horas,
D	
Nº colegiado	
Como mi ampliación es de 24 h .continuadas todos los dí adicionales son:	ías del año, los farmacéuticos
D D	
N° Colegiado N° Colegia	ado
En, Burgos, a de	de

A LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE LA JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN A TRAVÉS DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BURGOS.-

Fdo.: _____