PROPUESTA DE HORARIO FARMACIAS Y BOTIQUINES PROVINCIA

D/Dª _____, Farmacéutico/a

Titular de la Oficina de Farmacia de la localidad de _____

Nº de Oficina de Farmacia _____, con D.N.I. núm. _____ y

domiciliado en _____, calle, _____

núm._____ y colegiado/a en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Burgos.

P R O P O N E: a de esa Dirección General el siguiente horario de apertura de la Oficina de Farmacia de la que soy titular en_____. (Burgos).

Invierno:	Lunes a Viernes: Laborables	Mañanas:_____
		Tardes:_____
	Sábados: Laborables	Mañanas: _____
		Tardes: _____
Verano:	Lunes a Viernes: Laborables	Mañanas:_____
		Tardes:_____
	Sábados: Laborables	Mañanas: _____
		Tardes:_____

Asimismo **COMUNICO** que tengo autorizado el/los siguiente/s botiquin/es vinculado/s a mi Oficina de Farmacia, con el/los siguientes horario/s:

Botiquín	**Horario**
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

En,_____ a _____ de_____ de _____.

Fdo.: _____

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