DECLARACIÓ RESPONSABLE DE NO INCOMPATIBILITAT DEL FARMACÈUTIC D'HOSPITAL

....., amb DNI ..... i núm. de

col·legiat/col·legiada ..... en el Col·legi Oficial de Farmacèutics de.....

.....

Manifest que no incorr en cap causa d'incompatibilitat professional ni horària per ser nomenat/da farmacèutic/a responsable del

(marcar la opció correcta i emplenar el nom del centre):

☐ Servei de farmàcia del centre hospitalari: .....

.....

☐ Dipòsit de medicaments del centre sociosanitari/penitenciari: .....

.....,

d'acord amb l'article 67 de la Llei 7/1998, de 12 de novembre, d'ordenació farmacèutica de les Illes Balears, així com amb la resta de la legislació vigent aplicable en la matèria.

....., ... d..... de 20.....

[rúbrica]