



CIUDAD AUTÓNOMA  
DE  
**MELILLA**

Consejería de Bienestar Social y Sanidad  
Secretaría Técnica

**ANEXO III.- MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FARMACÉUTICO ADJUNTO**

DATOS DEL TITULAR DE LA FARMACIA/ O REGENTE		
Nombre	Apellido 1	Apellido 2

OFICINA DE FARMACIA	
Nº de Registro	Calle

El arriba referenciado, **SOLICITA**, al amparo de lo dispuesto en el art. 12 del Decreto nº 1023, de 15 de marzo de 2007 que aprueba Reglamento Regulator de Planificación Farmacéutica y de los Procedimientos de Autorización relativos a las Oficinas de Farmacia (BOMe nº 4383, 20/03/2007), **AUTORIZACIÓN** para la **DESIGNACIÓN** de un Farmacéutico Adjunto para prestar servicios en la Oficina arriba citada.

DATOS DEL FARMACÉUTICO ADJUNTO PROPUESTO		
Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Nº de Colegiado en Melilla	Titulación Universitaria y	Fecha de Expedición del Título

*\*Se deberán adjuntar los documentos requeridos por el art. 16. 4 del Reglamento Regulator de Planificación Farmacéutica y de los Procedimientos de Autorización relativos a las Oficinas de Farmacia*

En Melilla a, \_\_\_\_\_ de 2\_\_\_\_  
El Farmacéutico Titular

Fdo. \_\_\_\_\_