



CIUDAD AUTÓNOMA
DE
MELILLA

Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Secretaría Técnica

ANEXO IV

**PARTICIPACIÓN EN EL CONCURSO PARA LA ADJUDICACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA
DECLARACIÓN DE TITULARIDAD**

D.....

con DNI nº..... y domicilio en

.....

DECLARA

SER/ NO SER/NO HABER SIDO titular/ cotitular de oficina de farmacia (tachar lo que no proceda) en la fecha de publicación de la Orden nº..... de la Consejería de B. Social y Sanidad por la que se convoca concurso para la adjudicación de oficinas de farmacia en la Ciudad de Melilla

RELLENAR EN CASO DE SE RITULAR /COTITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA

DATOS DE LA FARMACIA

COMUNIDAD /CIUDAD AUTONOMA
PROVINCIA
MUNICIPIO
DOMICLIO

La persona abajo firmante se compromete a aportar, en el supuesto de ser adjudicadoria, la acreditación prevista en el artículo 22.2 del Reglamento de Planificación Farmacéutica de la Ciudad Autónoma de Melilla.

En, a de..... de

EL/LA SOLICITANTE

Fdo.

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE BIENESTAR SOCIAL Y SANIDAD

*En el caso de solicitudes conjuntas, este Anexo se cumplimentará y firmará de manera individualizada por cada uno de los participantes de la misma.