Comunicació de baixa de farmacèutic/a adjunt/a d'oficina de farmàcia

DADES PERSONALS		
Nom i llinatges:		
DNI:		
Titular de l'oficina de farmàcia PM. núm.:		
Adreça:	Localitat:	CP:
Domicili de notificació:		
Indic l'adreça electrònica següent ..... com a preferent a l'hora de rebre les notificacions relatives a aquest tràmit.		

EXPÒS

- Que he comptat amb la col·laboració de ....., amb DNI ....., com a farmacèutic/a adjunt/a, i no subsisteix la necessitat que en va originar la contractació.
- Que se'n preveu la baixa amb data .....
- Que he informat prèviament d'aquesta comunicació a la persona adjunta interessada i me n'ha manifestat la conformitat.

COMUNIC

La baixa com a farmacèutic/a adjunt/a de ..... amb data.....

Data:

[Rúbrica]

Totes aquestes dades queden protegides en aplicació de la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, especialment l'article 10: "El responsable del fitxer i els que intervinguin en qualsevol fase del tractament de les dades de caràcter personal estan obligats al secret professional pel que fa a les dades i al deure de guardar-les"