

DECLARACIÓN DE INCOMPATIBILIDADES DE FARMACÉUTICO/A

..... con DNI núm.
..... y con número de colegiado/da en el
Colegio Oficial de Farmacéuticos de

MANIFIESTO no incurrir en ninguna causa de incompatibilidad profesional ni horaria, para ser nombrado/a farmacéutico/a titular, adjunto/a, substituto/a o regente de oficina de farmacia de acuerdo con el artículo 67 de la Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Illes Balears, así como con el resto de la legislación vigente de aplicación en la materia.

....., a de de 20.....

[rúbrica]