

Don/Doña _____,
Licenciado/a en farmacia, con DNI _____, y domicilio, a efecto
de notificaciones, en _____ Número _____
Planta ____ Puerta ____ CP _____ Localidad _____
Provincia _____.

DECLARA que no se encuentra incurso/a en ninguna causa de incompatibilidad de las recogidas en la Ley 13/2001 de 20 de diciembre de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León, en la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios o en cualquier otra Legislación vigente que le fuera de aplicación, para ejercer como FARMACÉUTICO _____ en oficina de farmacia.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firmado