

MODELO NOTA PARA CIERRES DE FARMACIAS

Fecha.....

**Ministerio de Salud de la
Provincia de Buenos Aires
Dirección de Farmacia
S/ D**

Ref.: Expte. N°/.....

El/la que suscribe Farmacéutico/a,
Matrícula N°, en su carácter de Director/a Técnico/a de la Farmacia
....., ubicada en la calle de la localidad
de, partido de, se dirige a Ud. a fin de
llevar a su conocimiento que la oficina de farmacia permanecerá cerrada por vacaciones desde el
día hasta el día

MODELO NOTA PARA REEMPLAZOS

Fecha.....

**Ministerio de Salud de la
Provincia de Buenos Aires
Dirección de Farmacia
S/ D**

Ref.: Expte. N°/.....

Nos dirigimos a Ud. a fin de comunicarle que el Farmacéutico/a
....., Matrícula N°, en su carácter de Director/a Técnico/a de
la Farmacia, ubicada en la calle de la
localidad de, partido de, tomara licencia
por (motivo de la licencia) desde el día hasta el día; siendo
reemplazado/a en sus funciones por el Farmacéutico/a, Matrícula N°
.....-

FIRMA DE AMBOS PROFESIONALES
