

## Modelo nota para cierres de farmacias

Fecha.....

**Ministerio de Salud de la  
Provincia de Buenos Aires  
Dirección de Farmacia  
Farm. Carolina Penacca  
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 .....

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atte.