

Fecha.....

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

Expte. N°...../.....

El/la que suscribe Farmacéutico/a, Matrícula N°, en su carácter de Director/a Técnico/a del Establecimiento, CUIT....., ubicado en la calle de la localidad de, partido de, se dirige a Ud. a fin de llevar a su conocimiento que el mismo permanecerá cerrado por vacaciones desde el día hasta el día

Asimismo informo que constituyo domicilio legal en Nro de la ciudad de La Plata y domicilio electrónico de notificación@.....

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atte.



SELLO FILIAL

FIRMA Y SELLO FARMACEUTICO