

Fecha ____ / ____ / ____ .-

Ministerio de Salud de la Provincia
de Buenos Aires
Dirección de Farmacia
Farm. Gabriela Bes
S/ D

Ref.: Expte. N° ____ / ____

El/la que suscribe Farmacéutico/a _____, Matrícula N° ___,
en su carácter de Director/a Técnico/a de la Farmacia//Establecimiento _____
_____, sita 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//Establecimiento permanecerá cerrada por
vacaciones desde el día _____ hasta el día _____.
Se constituye domicilio electrónico de notificación _____.-
-

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

FIRMA REPRESENTANTE LEGAL
(de corresponder)

FIRMA DT