

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA – SISTEMA PROVINCIAL DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE FISCALIZACIÓN SANITARIA
DPTO. DE FISCALIZACIÓN FARMACÉUTICA Y TECNOLOGÍA MÉDICA

San Miguel de Tucumán,..... de..... 201....

A la Sra. Jefa del Dpto. de Fiscalización
Farmacéutica y Tecnología Médica

FARM. SANDRA MIOTTI

SU DESPACHO:

De mi mayor consideración:

La/El que suscribe, Farmacéutico/a,
MP....., en carácter de propietario y/o Director Técnico de Farmacia
....., sita en calle,
....., de la ciudad de,
provincia de Tucumán, comunica por medio de la presente declaración jurada que la farmacia
arriba mencionada permanecerá cerrada por vacaciones desde el, hasta el
.....inclusive, por el término de días. Asimismo se informa a Ud. que la guardia
farmacéutica asignada a mi establecimiento corresponde al turno, y será cubierto el
..../..../....., por la Farmacia....., cuyo/a director/a técnico/a es el/la
Farm., el que deberá ser denunciado con una antelación mínima
de 10 (diez) días. (Plazo Máximo para cierre 30 días, según Art. N° 22 - Ley 5483/83 TC).

Sin más, saludo a Ud. atentamente.

.....
Firma Farmacia Turno

.....
Firma del Declarante

.....
Sello

.....
Dirección

.....
Teléfono

.....
Autorizado SI- NO