

|  |  |
| --- | --- |
| **OFICINA DE FARMACIA**    Titular:    NIF:    Dirección:    Zona de Salud:    Turno nº:    Fecha de guardia:    Correo electrónico para notificación (\*): | **OFICINA DE FARMACIA**    Titular:    NIF:    Dirección:    Zona de Salud:    Turno nº:    Fecha de guardia:    Correo electrónico para notificación (\*): |

(\*) La aceptación de la permuta se comunicará a los interesados vía electrónica a través de **Carpeta Ciudadana**. En la dirección email que facilite recibirá un correo de cortesía (no-reply-notifica@correo.gob.es) que le avisará que dispone de una notificación en Carpeta Ciudadana. Para acceder a la misma, los interesados deberán disponer de certificado electrónico, clave PIN o clave Permanente.

Solicitan permuta de guardia, quedando el Servicio Farmacéutico cubierto de la siguiente forma:

Día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202 \_ : Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ de 202 \_ : Farmacia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha y firma de los solicitantes