Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.-

Ministerio de Salud de la

Provincia de Buenos Aires

Dirección de Farmacia Ref.: Expte. Nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

S/ D

Nos dirigimos a Ud. a fin de comunicarle que el Farmacéutico/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula Nº \_\_\_\_\_\_\_, en su carácter de Director/a Técnico/a de la Farmacia/Establecimiento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CUIT N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, sita en la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partido de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tomara licencia por (motivo de la licencia) desde el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ hasta el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; siendo reemplazado/a en sus funciones por el Farmacéutico/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Matrícula Nº \_\_\_\_\_\_\_\_.

Se constituye domicilio electrónico de notificación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y domicilio legal en Diagonal 74 N° 1490 Piso 2 Casillero 76 de la Ciudad de La Plata.-

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atte.

**FIRMA DE AMBOS PROFESIONALES**