Fecha……………………………..

Ministerio de Salud de la

Provincia de Buenos Aires

Dirección de Farmacia

S/ D

Expte. Nº............................./...........

El/la que suscribe Farmacéutico/a ………………………, Matrícula Nº ……………….., 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**