

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN AL CARGO

Yo, _____,

Cédula de Identidad N° _____, de profesión _____

_____, declaro asumir el cargo de:

- Director Técnico
- Químico Farmacéutico

de la farmacia de propiedad de _____,

denominada _____, local N° _____,

ubicada en _____ de la comuna

de _____ de la Región _____;

a contar de la siguiente fecha: ____/____/____.

El propietario o representante que suscribe, declara que el profesional individualizado anteriormente, se desempeña en la farmacia que se indica, en el cargo antes señalado.

En caso de declarar que se asumen funciones de Dirección Técnica de la farmacia antes individualizada, la presente declaración deja sin efecto cualquier declaración anterior que haya sido remitida a la autoridad sanitaria regional correspondiente.

NOMBRE, RUN y FIRMA
Propietario o Representante Legal

NOMBRE, RUN y FIRMA
Director Técnico

NOMBRE, RUN y FIRMA
Químico Farmacéutico