

<b>FARMACIA O.F.</b>	<b>COMUNICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE PIERCING</b>	Modelo M-PdP.04 Página 1 de 1 Rev.: 0
--------------------------	---	---

## COMUNICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE PIERCING

### 1. DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

<b>Titular/es</b>		<b>Nº de farmacia</b>
<b>Dirección de la oficina de farmacia</b>		
<b>Localidad</b>	<b>C.P.</b>	<b>Teléfonos</b>
<b>Correo electrónico</b>		<b>NIF/CIF/NIE</b>

**NOTIFICADO**, que en la fecha abajo indicada, inicio la actividad de piercing, comprometiéndome a mantener la documentación generada por el periodo de un año, estipulado en el DECRETO FORAL 132/2002, DE 17 DE JUNIO, por el que se establecen las condiciones higiénico-sanitarias que han de cumplir los establecimientos no sanitarios en los que se realicen prácticas de tatuaje y/o piercing, así como todo lo indicado en su Disposición Adicional Única.

En....., a ..... de ..... de .....

Fdo:

SELLO FARMACIA  
(NOMBRE Y TELÉFONO)